Rok LI. Kraków, dnia 3 lutego 1912. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

O to płuco drugie, »praktycznie« zdrowe, »względnie« zdrowe, musimy poważnie dbać przez cały czas trwania leczenia.

Idealne warunki dla tego płuca istnieją jedynie w sanatoryum; tylko tam lekarz jest względnie zabezpieczony od tak przykrych niespodzianek, jak utracenie uzyskanej poprawy wskutek powikłania przypadkowego, występującego w płucu zdrowem.

Powikłania przypadkowego: bo już sama metoda kryje w sobie możność wywołania pogorszenia sprawy w płucu drugiem, więc od tej nie uchronią chorego warunki sanatoryjne. Jedyną profilaktyką jest tu opanowanie techniki operacyjnej, względnie jej dalsze wydoskonalenie.

Jak już mówiłem, to »drugie« płuco zupełnie zdrowem nigdy być nie może, jeśli wskazaniem do zabiegu jest ciężkie zajęcie płuca chorego. Zawsze więc grozić może rozszerzenie się, rozrost ognisk istniejących w »drugiem« płucu, albo aspiracya wydzieliny zakaźnej, wydalanej z płuca uciśniętego.

Mojem zdaniem, możemy w obecnym okresie rozwoju techniki tej metody ustrzedz chorego od tak zgubnego powikłania, pamiętając o dwu kardynalnych przepisach: 1) płuco leczone, względnie śródpiersie, nie powinno uciskać na płuco zdrowe, t. j. nie powinno ograniczać jego ruchów; 2) odmę wytwarzać należy powoli, wprowadzając gaz do opłucnej dawkami małemi, częstemi[1]).

Co prawda, nawet wśród mego nielicznego materyału mam przypadki, w których uciśnięte płuco przekroczyło linię środkową i ucisnęło płuco zdrowe, bez szkody dla stanu tego płuca, ale będzie to zawsze ryzykiem, które różnie się zakończyć może.

Powolne wytwarzanie odmy pozwala na stopniowe przystosowanie się płuca zdrowego do nowych i trudnych warunków pracy, a co główna, nie wydala z płuca uciskanego na raz tych wielkich ilości materyału zakaźnego, których utrudnione wychrząkiwanie naraża płuco zdrowe na zarażenie drogą aspiracyi.

[1]) Od zbyt częstego nakłuwania ma zależeć częstość zapaleń opłucnej; moje doświadczenie przemawia przeciw temu twierdzeniu.

W każdym razie do powikłań metody leczenia gruźlicy płuc odmą sztuczną zaliczyć należy też i możliwość pogorszenia się sprawy gruźliczej w płucu drugiem, względnie zdrowem.

Na szczęście, to powikłanie bardzo rzadko jest przyczyną nieudanych wyników tej metody.

Najczęściej widywano wyraźną poprawą stanu płuca drugiego, poprawę, którą stwierdzono zarówno podczas trwania leczenia, jak i po jego zakończeniu, stwierdzono klinicznie i radiologią (będącą do pewnego stopnia sectio in vivo).

Przejdźmy wreszcie do rozpatrzenia pytania: w jakich przypadkach wskazana jest odma piersiowa sztuczna jako zabieg leczniczy.

Forlanini tak sformułował te wskazania:

Odma jest wskazana w niepowikłanych przypadkach gruźlicy jednostronnej, przebiegającej przewlekle lub podostrawo, przy wolnej jamie opłucnej, bez względu na stopień zniszczenia płuca. W tych przypadkach leczenie jest łatwe, trwa względnie niedługo, wiedzie do trwałego wyleczenia.

Wskazana jest i w przypadkach ostrych, o ile zmiany są bezwzględnie jednostronne. Wynik dodatni otrzymać tu można, jeśli ustrój wcześniej nie ulegnie toksynom, zanim leczenie opanuje rozpad. (Zwykle sprawa jest obustronna; chory szybko ulega zakażeniu).

Wskazana jest w przypadkach wyżej nazwanych nawet przy obecności zrostów, pod warunkiem, że odmie uda się je przezwyciężyć. W tych przypadkach leczenie jest trudne i długotrwałe.

Wskazana jest i w obustronnej nieostrej gruźlicy płuc, jeśli zmiany nie są w obu płucach zbyt daleko posunięte. Wynik zależy od stopnia zajęcia drugiego płuca (tj. »względnie zdrowego«); wynikiem może być wyleczenie płuca uciśniętego i wyleczenie lub poprawa drugiego.

Przeciwwskazana jest odma przy współistnieniu takich powikłań, jak gruźlica jelit, gruźlica krtani, choroby serca.

Nieco szczegółowiej klasyfikuje wskazania do leczenia odmą sztuczną gruźlicy płuc prof. Jessen (Davos):

a) Wskazanie pewne:

Ciężkie wyłącznie jednostronne schorzenie płuca przy braku lub nieznacznych jego zrostach z opłucną.

b) Wskazanie dozwolone:

1. Ciężkie schorzenie jednego płuca przy świeżych lub niezbyt starych zrostach.

2. Ciężkie schorzenie jednego płuca i niewielkie — płuca drugiego; to drugie nie powinno przechodzić jednej trzeciej rozmiarów płuca i nie znajdować się w stanie rozpadu; zajęcie płatu górnego daje przy tem lepsze rokowanie.

3. Niedający się opanować krwotok płucny przy wyłącznie jednostronnem ciężkiem schorzeniu płuca bez zrostów.

c) Wskazanie wątpliwe:

Ciężkie schorzenie jednego płuca i zajęcie płatu dolnego w płucu drugiem z małym rozpadem.

Przeciwwskazania:

1. Obszerne, rozpadowe schorzenie płuca »lepszego«.
2. Zrosty twarde po stronie mającej uledz leczeniu.
3. Powikłania gruźlicą krtani, gruźlicą jelit.

Jak widzimy, wraz z rozszerzaniem się doświadczenia wskazania, pierwotnie przez Forlaniniego sformułowane, ogarniają coraz większą ilość przypadków.

Stało się to w dwu kierunkach: częściej próbują tej metody w przypadkach zajęcia strony »lepszej«; częściej stosują metodę w przypadkach powikłanych np. gruźlicą krtani, ponieważ, jak tego pierwszy dowiódł de Gradi, niezbyt daleko posunięte owrzodzenia gruźlicze krtani goiły się równolegle do poprawy płuc, pod wpływem sztucznej odmy opłucnej.

Ale rozszerza się wskazanie i w stronę przypadków lżejszych. Tak bardzo w swych wnioskach ostrożny Forlanini, który przez szereg lat i w wielkim szeregu swych prac z naciskiem podkreślał, że swą metodę poleca wyłącznie dla ciężko chorych, dziś przewiduje możliwość stosowania tej metody i w przypadkach niezbyt ciężkich.

Pytaniem, które od pierwszej chwili zajmowało Forlaniniego, było: co się dzieje pod wpływem ucisku tak długotrwałego z temi wysepkami tkanki zdrowej, które nawet przy dużych zniszczeniach gruźliczych w płucu istnieją i sprawiają czynności oddechowe. Po latach doszedł Forlanini do zebrania faktów, świadczących o tem, że po zaprzestaniu ucisku wszystkie części zdrowe mogą na nowo objąć swe czynności. Doszedł też do wniosku, że (wbrew jego własnym przypuszczeniom) napowrót rozszerzone płuco nie zrasta się z opłucną [1]), coby je w czynnościach ograniczało. W dwu przypadkach uleczonej gruźlicy jednego płuca przeszedł do leczenia — metodą ucisku — płuca drugiego, a płuco poprzednio przez długi czas uciśnięte sprawnie i wydajnie zawiadywało czynnością oddechową. O tem samem, o powrocie do czynności fizyologicznej po wyleczeniu gruźlicy i rozszerzeniu się płuca, przekonywa też przypadek sekcyjny (śmierć z powodu zapalenia płuc osobnika odmą wyleczonego). Do tego samego wniosku: o powrocie płuca znów rozszerzonego, po zaprzestaniu ucisku, do czynności fizyologicznych doszedł Saugman na podstawie pomiarów spirometrycznych (czynił je i Forlanini u swoich chorych, ale metodą bardzo zawikłaną).

Jeżeli dotąd swą metodę przeznaczał Forlanini jedynie dla chorych, mających wielkie zmiany, to czynił to w obawie zniszczenia, przez ucisk długotrwały, tkanki zdrowej. Obecnie, przekonawszy się o sprawności oddechowej płuca (po przebytem leczeniu) napowrót rozszerzonego, stawia Forlanini dwa postulaty, obydwa sprzeczne z jego założeniem pierwotnem, więc jeszcze wymagające stwierdzenia. Doświadczenie Forlaniniego i wielka jego dotychczasowa ostrożność nadają jednak jego twierdzeniom cechy wielkiego prawdopodobieństwa. Te nowe twierdzenia Forlaniniego brzmią: 1) Leczenie odmą należy rozpoczynać możliwie wcześnie, a więc stosować je nawet w przypadkach nie ciężkich, jakkolwiek nie w samych początkach gruźlicy płuc. 2) Odmę należy podtrzymywać tylko tak długo, jak to jest niezbędnem [2]).

Na starem stanowisku pozostał Forlanini w stosunku do bardzo rzadkich przypadków ostrej gruźlicy jednostronnej; jest przeciwnikiem leczenia takich przypadków odmą sztuczną. Czy jednak w tych przypadkach, w których właśnie nie ma chory nic do stracenia, próba leczenia odmą nie jest najwłaściwsza, przyszłość wykaże. Obecnie istnieje jedyny przypadek tego rodzaju, wyleczony przy pomocy odmy, przypadek Saugmana.

Ten autor, jeden z trzech w Europie, mających największe w tej sprawie doświadczenie, a wogóle znakomity i trzeźwy lekarz, wskazania do leczenia odmą porównywa do wskazań chirurgicznego leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.

W ciężkich przypadkach gruźlicy, powiada Saugman, wskazania do odmy są dla mnie te same, co przy groźnem zapaleniu otrzewnej, z powodu przedziurawienia wyrostka robaczkowego; nie jest w przypadkach podobnych wyłączona poprawa, ale przecież większość lekarzy jest za natychmiastową operacyą. Takim przypadkom odpowiadają chorzy na ciężką gruźlicę jednostronną, u których sprawa nie ucicha pod wpływem leczenia, u których coraz to powracają okresy ostre, więc coraz mniej istnieje widoków zejścia pomyślnego. Ale obok tych przypadków trzeba mieć na względzie i inne, odpowiadające przypadkom wycięcia wyrostka robaczkowego »a froid« u chorych, którzy ulegają częstym nawrotom cierpienia; są to gruźliczy, którzy w danej chwili znajdują się w dobrym stanie ogólnym i nie mają objawów wybitnie niepomyślnych, ale u których badanie wykazuje szeroko i głęboko sięgającą sprawę gruźliczą, nie ustępującą stosowanemu dotąd leczeniu. I tym chorym, którzy przez lata nawet mogą żyć, ale którzy napewno jako suchotnicy umrą, należy zaproponować leczenie zapomocą odmy sztucznej; to leczenie może uczynić z wielu inwalidów i półinwalidów — pożytecznych obywateli kraju.

O wiele rzadziej, aniżeli przy ciężkiej gruźlicy płuc, stosowano dotąd metodę odmy sztucznej przy innych cierpieniach płucnych.

W celu opanowania ciężkiego krwotoku płucnego wolno próbować wytworzyć odmę tylko wyjątkowo, tylko w przypadkach beznadziejnych; nie wiemy bowiem nigdy, czy istniejące zrosty pozwolą na natychmiastowy doskonały ucisk, a ten jest w tym celu konieczny; powtóre, wprowadzenie naraz, już przy pierwszej insuflacyi, wielkich ilości

[1]) Wysięki opłucne, wikłające odmę, wiodą do zrostów, jakkolwiek też nie zawsze.

[1]) Dawniej Forlanini wolał raczej za długo niż za krótko pozostawiać płuco uciśniętem.

gazu, kryje w sobie pewne niebezpieczeństwa, o których była mowa wyżej; po trzecie, nie wiemy najczęściej, czy krwotok pochodzi wogóle z tego płuca, które jest bardziej gruźlicą dotknięte, czy też z niewielkiego ogniska w drugiem płucu, mniej anatomicznie zajętem.

Wprowadzać gaz (powietrze, tlen) do opłucnej radzą przy surowiczych zapaleniach wysiękowych tej błony; pozwala to na jednorazowe wypuszczenie całego istniejącego wysięku, który zastępujemy gazem. Tę myśl dawno już podał Potain. Nie potrzeba w tym celu żadnego przyrządu złożonego; wystarcza ponad powierzchnię płynu wepchnąć trójgraniec, na którego otwór nakłada się kawałek waty, by filtrował powietrze, przysysane przez opłucną w miarę wypuszczania płynu przez drugi trójgraniec, tkwiący w wysięku i przysysający go.

Albo też: przez górny otwór wprowadzać azot (powietrze) i wypychać gazem wysięk, który wypływa przez trójgraniec tkwiący w wysięku. Pozwala ten zabieg nie tylko na jednorazowe opróżnienie opłucnej, ale zarazem nie pozbawia płuca, najczęściej chorego, ucisku, będącego dlań czynnikiem leczniczym; tylko że zamiast przez toksyczny płyn, ucisk jest wywarty przez obojętny gaz, który utrudnia tworzenie się zrostów, bo pozwala na zbliżenie się opłucnych dopiero po minięciu stanu zapalnego na ich powierzchni.

W nielicznych dotąd przypadkach wskazaniem do stosowania odmy były jamy oskrzelowe, przewlekłe zapalenia płuc, ropnie płuc, zgorzel płuc. Jak dalece te postacie chorobowe nadają się do leczenia odmą sztuczną, wykaże przyszłe doświadczenie.

Stosowanie odmy sztucznej w przypadkach ropniaka opłucnej (empyema) ma cel inny, niż w przypadkach dotąd omawianych. Tu chodzi o to, by sprzyjać rozszerzaniu się płuca, a nie o to, by je w ucisku utrzymywać. Powolne wsysanie się gazu sprzyja temu, jak dowiódł tego w swych spostrzeżeniach Wenckenbach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z oddziału (A) chorób wewnętrznych krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Oddział Prof. Dr Stanisława Pareńskiego).

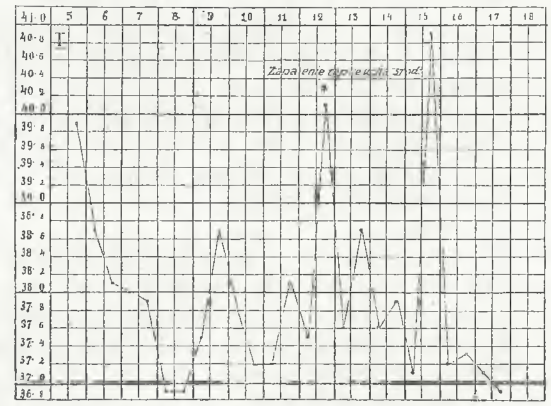
Przyczynek do kazuistyki paratyfusu B.

Podał
Dr Kazimierz Habicht.

W jesieni b. r. zdarzyły się prawie równocześnie trzy przypadki paratyfusu B o nader zbliżonym do siebie obrazie przebiegu klinicznego, a odpowiadającym przypadkom znanym z literatury, tak że można go uważać za typowy dla przebiegu tej, jeszcze niezbyt często opisywanej choroby.

I. Kobieta 22-letnia z Sidziny w powiecie podgórskim, przyjęta do szpitala w dniu 5. IX. 1911, podaje, że jest chora od tygodnia, żali się na bole głowy i biegunkę po 2 do 3 wolnych stolców dziennie. W dniu przyjęcia stwierdza się stan następujący: Kobieta dobrze zbudowana i odżywiona, ciepłota ciała 39·8°, tętno regularne. Na skórze wysypki żadnej niema, język obłożony, nieco podsychający, ku przodowi i na brzegach oczyszczający się. W narządach wewnętrznych, w szczególności w płucach i sercu, niema nic nieprawidłowego. Brzuch nieco wzdęty, niebolesny, kruczenie nad kiszką ślepą. Śledziona od dolnego brzegu VIII żebra do XI żebra, ku przodowi przekracza linię pachową przednią, wyczuwalna pod łukiem tylko jako opór.

W moczu, silnie wysyconym, białka niema, chlorki nieco lżejsze. Przebieg ciepłoty w czasie obserwacyi przedstawiał się jak następuje:



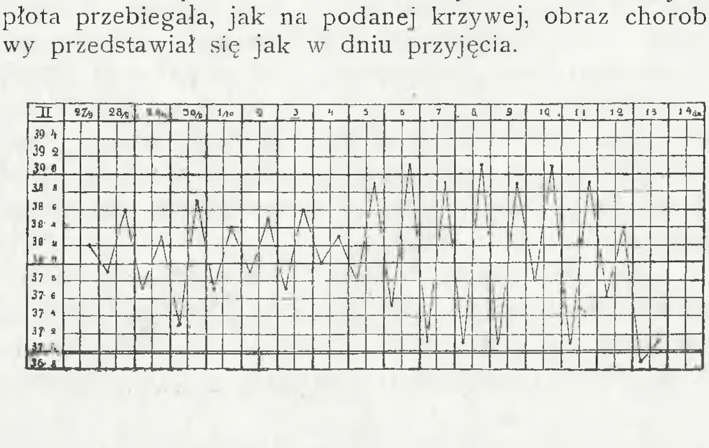
W dniu 11. IX. chora zaczęła się żalić na większe bole głowy i to w okolicy ucha prawego; wymiotowała rano i wieczorem, a w dniu 12. wystąpił ropotok z ucha prawego, jako nawrót takiego samego cierpienia, przebytego jeszcze przed trzema miesiącami; równocześnie powstał silny obrzęk gruczołów chłonnych szyjnych. Wszystkie te objawy, jak i wygórowana ciepłota, która doszła do 40° C.; przy odpowiedniem leczeniu w przeciągu 6 dni zupełnie ustąpiły, pozostawiając tylko skąpy wypływ cieczy śluzowo-ropiastej z przewodu usznego.

Od dnia 17. ciepłota ani razu się nie podniosła i chora opuściła szpital, jako zupełnie zdrowa w d. 30. X. 1911.

Dla stwierdzenia rozpoznania wobec szybkiego ustępowania gorączki, jeszcze przed wystąpieniem powikłania ze strony ucha, wobec podejrzenia, że chodzi o dur brzuszny, wykonano próbę aglutynacyjną najpierw co do duru brzusznego, która wypadła ujemnie, poczem próbę aglutynacyjną co do paratyfusu B, która wypadła dodatnio, wobec czego rozpoznanie u chorej brzmiało: Paratyfus B., w czasie którego wystąpił nawrót zapalenia ucha środkowego prawego, już raz przed trzema miesiącami przebytego.

II. Kobieta 35-letnia, z Wolicy, przy przyjęciu do szpitala w dniu 27. IX. podaje, że choruje mniej więcej od 10 dni, że miewa dreszcze i gorączkę, że kaszle; narzeka przytem na ból głowy, kłucie w prawym boku; stolec ma być wolny, po 2 stolce dziennie. Przy badaniu nie stwierdza się prócz języka obłożonego, silnie zaostrzonych szmerów oddechowych głównie w prawem płucu i kruczenia nad kiszką ślepą, nic nieprawidłowego. Skóra bez wysypki durowej, śledziona nie wyczuwalna, zapomocą opukiwania nie stwierdzono powiększenia. Mocz barwy winnej, bez osadu, oddziaływa kwaśno, białka ślad, chlorki widocznie lżejsze.

Przez cały czas trwania choroby, w czasie której ciepłota przebiegała, jak na podanej krzywej, obraz chorobowy przedstawiał się jak w dniu przyjęcia.



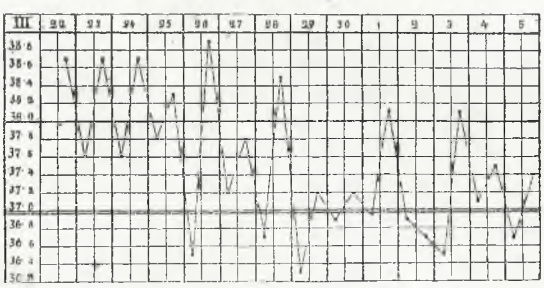
Język tylko nieznacznie obłożony; bóle głowy tylko chwilowe i to niezbyt silne; kaszel i kłucie w boku prawym, śledziona się nie powiększyła. Biegunka utrzymywała się w miernych granicach, 1 do 2 stolców wolnych na dobę, lub nawet stolec był zaparty, tak że musiano uciekać się do środków przeczyszczających.

Od dnia 14. X. ciepłota się nie podniosła i stan podmiotowy chorej był zupełnie prawidłowy, dopiero w dniu 29. X. stwierdzono u chorej skurczowy cichy szmer nad końcem serca, zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, przy tętnie, dochodzącem do 102 uderzeń na minutę bez podniesienia się ciepłoty.

U chorej wykonano próbę aglutynacyjną co do duru brzusznego, która wypadła ujemnie, próba zaś co do paratyfusu B wypadła dodatnio, wobec czego rozpoznanie brzmiało: Paratyfus B, w przebiegu którego wywiązało się podostre zapalenie wsierdzia.

III. Mężczyzna 50-letni, z Prus pod Krakowem, podaje przy przyjęciu do szpitala dnia 22. X., że czuje się niezdrowym mniej więcej od 6 dni, miewa dreszcze, gorączkę, silne darcie i bóle w kończynach, zupełny brak łaknienia, po każdem jedzeniu wymioty, a stolec ma być zaparty. Badanie w dniu przyjęcia stwierdza stan następujący: Mężczyzna silnie zbudowany i odżywiony, o ciepłocie ciała 38·5, tętno 90 uderzeń na minutę, liczba oddechów 24, mierny kaszel. Język lekko obłożony, na skórze niema żadnej wysypki, ani w płucach, ani w sercu nic nieprawidłowego stwierdzić nie można. Śledziona nie powiększona, pod łukiem wyczuć się nie daje. Mocz barwy winnej, oddziaływa kwaśno, zawiera ślad białka, chlorki wyraźnie zmniejszone.

Ciepłota ciała, jak na krzywej uwidoczniono, z początku rano zwalniająca, staje się przerywaną, a ciepłota wieczorna dochodzi najwyżej do 38·8⁰.



Podczas całego przebiegu choroby — chory czuł się względnie dobrze, żalił się na znośne bóle głowy i to krótkotrwałe; stolec był przeważnie zaparty, tak, że podawano środki czyszczące. Od dnia 5. XI. ciepłota się już więcej nie podniosła.

W przypadku tym próba aglutynacyjna w pierwszych dniach pobytu w szpitalu wypadła tak co do duru brzusznego, jak i co do paratyfusu B dodatnio.

We wszystkich tych trzech przypadkach widzimy przebieg choroby od rzeczywistego duru brzusznego nieco odmienny. I tak, ciepłota ciała znacznie niższa i wyraźnie zwalniająca, albo nawet, jak w III. przypadku, przerywana. Chorzy zachowują przytomność, żalą się na bole głowy tylko chwilowe. U żadnego z nich wysypki durowej nie spostrzegano, chociaż czasem może się ona pojawiać; i tak Kohnrich opisuje epidemię paratyfusu B, w czasie której na 19 przypadków w 5 była wysypka durowa, lecz bardzo skąpa.

Język we wszystkich trzech naszych przypadkach nieznacznie obłożony, podsychający lub wilgotny, w żadnym przypadku nie przedstawiał obrazu języka charakterystycznego dla duru brzusznego. Śledziona tylko w I. przypadku wyraźnie powiększona, brzeg jej dawał się wyczuć pod łukiem żebrowym. Brzuch w przypadku I. i II. nieco wzdęty, dawało się stwierdzić kruczenie nad kiszką ślepą. Stolce w dwóch pierwszych przypadkach wolne i podobne do durowych, lecz nigdy ich więcej nie było, niż 2 na dobę, często zaś, a w przypadku III. stałe zaparcie stolca tak, że trzeba się było uciekać do środków przeczyszczających.

Wobec ujemnych wyników badania fizycznego, do rozpoznania dochodziło się przez wyłączenie innych cierpień, dających objawy fizyczne, a potwierdzało się rozpoznanie próbą aglutynacyjną, która w 2 pierwszych przypadkach wypadła co do duru brzusznego ujemnie, co do paratyfusu B dodatnio, w III. zaś przypadku dała co do obu odmian wynik dodatni, mimoto przypadek ten był nader lekki i do paratyfusu B zbliżony. Analogiczny przypadek podwójnego zakażenia opisuje Becker, gdzie w przebiegu nader lekkiego duru brzusznego wyhodował z krwi tak prątki duru, jak i paratyfusu B, surowica obydwa te rodzaje aglutynowała; choroba rozpoczęła się objawami ostrego nieżytu żołądka i trwała 12 dni. Popp opisuje również podobne mieszane zakażenia.

Co do powikłań, to stwierdzono w II. przypadku jako powikłanie wystąpienie podostrego zapalenia wsierdzia; zapalenie ucha środkowego w przypadku pierwszym uważać się musi natomiast tylko za nawrót cierpienia zadawnionego, który mógł nastąpić i bez nabycia paratyfusu B. Niekiedy mimo lekkiego i stosunkowo krótkotrwałego przebiegu paratyfusu B powstają powikłania, i to groźne; świadczą o tem przypadki, opisane przez Ringla, który spostrzegał dwa przypadki ostrego zapalenia opon mózgowych, w jednym przypadku ropień płuc, z którego ropy wyhodował prątki paratyfusu B, wreszcie zapalenie płuc włóknikowe z wytworzeniem się licznych zatorów żylnych.

Śmiertelność przy paratyfusie B. jest nieznaczna Kayser oblicza ją na 3·1⁰/₀, Roesche i Rode podają ją jako nie dochodzącą do 2⁰/₀.

W wywiadach w żadnym z tych trzech przypadków nie dało się stwierdzić źródła choroby, ani też nic charakterystycznego dla powstawania paratyfusu B. Jedynie w III przypadku miały być zaraz w pierwszych dniach prócz ogólnego osłabienia, dreszczy, gorączki, darcie, bóle w kończynach, a także i wymioty po każdem jedzeniu, coby przemawiać się zdawało za tem, że wystąpienie choroby powstało równocześnie jako intoksykacya i zakażenie, przyczem drugie przetrwało pierwszą, wywołując wyżej opisany obraz chorobowy. Jak wiadomo bowiem, drobnoustroje, należące do grupy paratyfusu B, a nie dające się naszymi dotychczasowymi środkami badania dokładnie rozróżnić, wywołują u człowieka cierpienia dwojakiego rodzaju, a mianowicie 1) rodzaj lekkiego duru brzusznego, odmiana »durowa«, właśnie jak w trzech wyżej opisanych przypadkach, wywołana zakażeniem samymi prątkami, 2) zatrucie toksynami drobnoustrojów, objawiające się jako ostry nieżyt żołądka i jelit, jako odmiana »żołądkowo-jelitowa«. Druga ta odmiana, przebiegająca czasem z krwawymi stolcami i podniesieniem ciepłoty, a trwająca 3 do 4 dni, uchodzi często za zatrucie mięsem, bo w wielu przypadkach stwierdza się, jako przyczynę spożycie mięsa, zakażonego prątkami paratyfusu B.

Drobnoustroje paratyfusu B. są w przyrodzie nader rozpowszechnione i dokładne badania autorów przeważnie niemieckich stwierdzają, że znajdują się one nietylko w wodzie, lecz prawie w każdem mięsie i w produktach jadalnych, pochodzących ze zwierząt nawet zdrowych, — jak w kiełbasach, kiszkach, za słabo wędzonych, a nie gotowanych. Drobnoustroje te znajdują się stale w treści jelit tak zdrowych ludzi, jak i zdrowych zwierząt, a wywołują dużo chorób zakaźnych i u zwierząt, — jak np. tyfus myszy i zaraza nierogacizny, co do której jednak niektórzy autorzy podają w wątpliwość, czy właśnie prątek paratyfusu jest jedyną tej choroby przyczyną.

Wobec tego, że na każdym kroku spotykamy prątki paratyfusu, przypuścić musimy, że w życiu codziennem stale spożywamy w naszych pokarmach te chorobotwórcze drobnoustroje, lecz do zakażenia potrzeba z jednej strony wielkiej ilości tych drobnoustrojów — lub wielkiej ilości nagromadzonych toksyn, z drugiej strony musi ustrój być usposobionym do zakażenia się, przewód pokarmowy musi być niezupełnie zdrowym i to tłómaczy także, dlaczego przypadki paratyfusu B, i to tak w formie intoksykacyi, jak i zakażenia droboustrojowego, zdarzają się najczęściej w lecie i z początkiem jesieni; właśnie bowiem w tym czasie najczęściej występują cierpienia żołądka i jelit, które usposabiają do łatwiejszego zakażenia się wogóle.

Oceny i sprawozdania.

Prace Szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« pod Łodzią. Warszawa 1911.

Zbiorowe wydawnictwo kilku prac naukowych, pisanych przez lekarzy szpitalnych, stanowi rzadkie zjawisko nawet zagranicą, gdzie zazwyczaj warunki są względnie znacznie dogodniejsze dla pracy naukowej, niż w naszych szpitalach. Doprowadzenie zatem do skutku takiego wydawnictwa zbiorowego w naszych trudnych warunkach jest prawdziwą i wielką zasługą, która powinna znaleść uznanie tem bardziej, jeżeli prace są sumiennymi przyczynkami naukowymi. A właśnie za takie uznać należy prace lekarzy Szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce pod Łodzią, powstałe z inicyatywy jego naczelnego lekarza, Dra W. Chodźki.

Pierwszym w tym zbiorze jest artykuł W. Chodźki: **Przyczynek do sprawy t. zw. objawu mostkowego.** Objaw ten, opisany przez autora po raz pierwszy w Nr 44 »Medycyny i Kroniki lekarskiej« z 1909 r., polega na tem, że uderzenie ciężkiego młotka perkusyjnego po linii środkowej rękojeści mostka wywołuje odruchowy skurcz dwugłowego mięśnia ramienia po jednej albo po obu stronach. Ze 169 osób badanych stwierdził autor objaw ten u 27 chorych z organicznemi zaburzeniami układu nerwowego. Nadto słabo zaznaczony występował ten objaw tylko u łaziennego szpitalnego, który zresztą żadnych objawów chorobowych nie okazywał. Dopiero w 7 miesięcy później stwierdzono u niego wieloogniskowe stwardnienie. Stąd wnosi Chodźko, że jego objaw mostkowy jest nietylko bardzo stałym, ale i wczesnym objawem organicznych zaburzeń układu nerwowego.

W artykule: **O psychozach kiłowych pod względem klinicznym** dochodzi Chodźko do wniosku, że psychozy kiłowe »posiadają swoistą podstawę anatomiczną, ściśle odpowiadającą objawom klinicznym«, i że psychozy kiłowe ekspansywne wywołane są przez meningitis basilaris gummosa, a defektywne przez endarteriitis luetica basis.

Z takiem twierdzeniem przy obecnym stanie nauki trudnoby może było się zgodzić, ponieważ dotychczasowe badania nie zdołały wykazać takiej ścisłej odpowiedniości między temi zjawiskami (klinicznemi i anatomicznemi) i wykazanie tego związku pozostawić musimy dopiero przyszłości.

Trzecią pracą są: **Badania inteligencyi umysłowo-chorych według schematu Bernsteina,** St. Kopcińskiego. Autor badał stan inteligencyi 77 umysłowo chorych i pewnej liczby zdrowych ludzi metodą Bernsteina, polegającą na kombinacyi kilku metod jednocześnie. Dobrze świadczy o krytycyzmie autora, że na razie nie dążył do różniczkowania klinicznego postaci chorobowych (jakkolwiek swoje doświadczenia podaje naturalnie według grup klinicznych), tylko do określenia stopnia inteligencyi i jej braków. Również jako zaletę pracy należy podnieść, iż autor trzymał się ściśle metody Bernsteina (chociaż widział jej niedokładności) i uniknął łatwego stworzenia przez wprowadzenie pewnych zmian t. zw. »własnej« metody, która uniemożliwia wszelkie porównania. Autor nie przecenia wartości tego rodzaju badań, słusznie jednak podkreśla ich znaczenie kliniczne.

O. Sokołowski podaje: **Wyniki badań chorych umysłowych na próbę Wassermana,** dokonanych w Kochanówce. Autor opisuje techniczną stronę badań, a następnie wyniki 248 określeń u 148 chorych (w tem 42 płyny mózgowo-rdzeniowe u 41 osób) i 47 określeń u 18 psychicznie zdrowych ludzi. Wnioski swoje formułuje autor w następujący sposób: 1) Dodatni wynik odczynu Wassermana w płynie mózgowo-rdzeniowym otrzymano tylko w porażeniu postępującem. 2) Dodatniemu wynikowi odczynu Wassermana w płynie mózgowo-rdzeniowym zawsze towarzyszy dodatni wynik jednej lub obu prób innych (próba Nonnego i badanie cytologiczne), jak również i dodatni wynik we krwi. 3) Pożądane jest wykonywanie określeń z kilku wywoływaczami jednocześnie dla otrzymania pewniejszego wyniku. 4) Przy odczytywaniu wyników pożądane jest wprowadzenie metod przedmiotowych w rodzaju hemoglobinometrycznej. 5) Z wywoływaczy nieswoistych najbardziej się nadaje wyciąg wyskokowy, a najmniej wywoływacz Sachsa i Rondoniego. 6) Odczyn Wassermana uwydatnia znacznie rolę, jaką należy przypisać kile w szeregu przyczyn zwyrodnienia i chorób umysłowych. 7) Przy 55 nakłuciach lędźwiowych nie było ani razu następstw niebezpiecznych.

Wydawnictwo zamyka doroczne **Sprawozdanie z czynności Szpitala w Kochanówce,** opracowane przez naczelnego lekarza W. Chodźkę, z którego to sprawozdania z uznaniem podnieść należy — oprócz samego faktu publikowania dorocznych sprawozdań — zaprowadzenie dla służby kursów pielęgnowania chorych, zaprowadzenie usługi kobiecej na oddziałach męzkich i wreszcie widoczną wielką staranność o dalszy rozwój zakładu wogóle.

J. Mazurkiewicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Fromme i Collman. **Znaczenie rozpoznawcze i lecznicze szczepionek gonokokowych przy wiewiórze u kobiet.** (Pract. Ergebn. f. Geb. u. Gynaek. 1911, T. IV). Bruck pierwszy podjął myśl leczenia wiewióra przez uodpornianie czynne szczepionką z hodowli dwoinek wiewiórowych, którą wprowadzał podskórnie w dawkach wzrastających w odstępach czasu 4—5-dniowych. Leczenie to zmodyfikował Reiter, który wprowadza dawki małe (0·5 cm³)

unikając faz ujemnych, kiedy ilość ciał ochronnych w ustroju jest zmniejszona i kiedy klinicznie chorzy czują się gorzej. W celu stwierdzenia wartości rozpoznawczej przetworu Reitera, F. i C. stosowali go u 80 chorych. Z tych było: 8 przypadków wiewióra świeżego, 60 ze zmianami przydatków, najprawdopodobniej na tle wiewiórowem (nie stwierdzone bakteryologicznie), 2 świeże przypadki wiewióra macicy. 10 chorych było takich, które z całem prawdopodobieństwem nigdy wiewióra nie przebywały. Zarówno odczyn miejscowy, jak i ogniskowy nie dały nic charakterystycznego, coby można było wyzyskać w kierunku rozpoznania różniczkowego (np. pyosalpinx i gr. extrauterina). W celu leczniczym stosowano przetwór Reitera w okresie bezgorączkowym co 4 dni od 0·5 cm³ — 1·3 cm³. Tylko w przypadkach sprawy ogniskowej, zamkniętej (ropniak jajowodu), szybko ustępowały objawy podmiotowe. Stan przedmiotowy wykazał zupełną poprawę w 22·2%, polepszenie w 42·2%. Na wiewióra cewki moczowej, szyjki i trzonu macicy przetwór nie miał wpływu. Najodpowiedniejszymi więc do leczenia okazały się przypadki świeżego ropniaka jajowodu po ustąpieniu gorączki.

Przetwór Brucka, arthigon, stosowano co 4—5 dni w dawkach 0·5—1·0—1·5—2 cm³ u 50 chorych. Przy zmianach w przydatkach na tle wiewiórowem (ropniak jajowodu) występowało podwyższenie ciepłoty ponad 38°. Ten więc przetwór dałby się wyzyskać w kierunku rozpoznawczym. Po wstrzyknięciu występował odczyn ogniskowy w postaci bólów równolegle z podwyższeniem ciepłoty. Zmiany stare, wiewiór szyjki i cewki nie dają tego odczynu. Pod względem leczniczym w dawkach powyżej 1·0 cm³ okazał się arthigon mniej skutecznym, niż przetwór Reitera. Wprawdzie objawy podmiotowe ustąpiły w 70% przypadków, lecz przedmiotowe tylko w 8%. A. Markowa.

Herff. **O wytrzebianiu zapomocą operacyi i promieni Roentgena.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 1). Wytrzebianie operacyjne stosowano dawniej często przy włókniakach macicy. Obecnie w tym samym celu stosuje się naświetlanie promieniami Roentgena. Zestawiając braki i zalety obu tych metod, stwierdza H., że wprawdzie promienie Roentgena nie przedstawiają tego niebezpieczeństwa, jakiem jest wogóle otwarcie jamy brzusznej, prawdopodobnie dają też mniej wybitne objawy braku czynności jajników, narażają jednak na inne niebezpieczeństwa, jak przewlekłe zapalenie skóry po naświetlaniu, rozwój raka lub mięsaka. Pewny wynik daje tylko leczenie operacyjne, a dalsze jego strony dodatnie polegają na tem, że trwa ono krótko, jest znacznie mniej kosztowne, niż leczenie promieniami Roentgena, i granice jego są szerzej zakreślone.

A. Markowa.

Okulistyka.

Pagenstecher. **Doświadczalne wytwarzanie różnych wrodzonych nieprawidłowości, a zwłaszcza wrodzonej zaćmy u zwierząt.** (Ophthalmology, Vol. VIII., 1911, Nr 1). Karmiąc naftaliną ciężarne samice królików, otrzymywał autor u potomstwa różne postacie zaćmy, jak cataracta perinuclearis, capsularis anterior et posterior, fusiformis, stellata etc. Oprócz tego występowały u młodych, rodzonych przez tak zatruwane samice, różne inne wrodzone zmiany na oczach, jak: mikroblepharia, coloboma palpebrarum, keratoblepharon, arteria hyaloidea persistens, coloboma iridis, nervi optici, chorioideae, lenticonus posterior etc. Jako dowód, że zmiany te były wynikiem przemijającego tylko zatrucia, przytacza autor okoliczność, że młode z następnego i z dalszych pomiotów, kiedy matki w okresie ciąży nie dostawały już naftaliny, przychodziły na świat bez jakichkolwiek zmian na oczach. K. W. Majewski.

Rollet i Curtil. **Badania z zakresu tonometryi ocznej.** (Revue gén. d'opht. 1911, Nr 11). Autorowie badali wpływ różnych środków na ciśnienie śródgałkowe w oczach prawidłowych, posługując się przytem tonometrem Schiötra i doszli do następujących wniosków: Pomiędzy środkami znieczulającymi, niektóre, jak holokaina, tropakokaina, akoina, nie wywierają żadnego wpływu na ciśnienie śródoczne, inne, jak eukaina B. i alypina, podnoszą je wyraźnie i prawie bezpośrednio po zapuszczeniu. Kokaina wreszcie, wbrew ogólnemu zdaniu, nie działa hypotonizująco, lecz raczej podnosi cokolwiek ciśnienie (?). Środki rozszerzające źrenicę wywołują krótkotrwałe, wyraźne podniesienie ucisku; najsilniej hypertonicznie działa euftalmina, najsłabiej duboazyna i skopolamina. Środki zwężające, które w przypadkach jaskry wybitnie obniżają ciśnienie, pozostają w tym względzie prawie bez wpływu na oko prawidłowe, które po zapuszczeniu pilokarpiny nie mięknie wcale, a po zapuszczeniu ezeryny bardzo niewiele. Adrenalina działa hypotonizująco, a w stanach zapalnych wywołuje czasem prawdziwy »collapsus bulbi« (T = 11). K. W. Majewski.

Haab. **Wydobywanie ciał obcych zapomocą elektromagnesu.** (Ophtalmology 1911, Vol. VIII, Nr 1). Autor, jako twórca elektromagnesu olbrzymiego, jest przeciwnikiem używania małych elektromagnesów ręcznych i wprowadzania nasadki wgłąb gałki ocznej przez cięcie twardówkowe. Cięcie takie uważa za niebezpieczne ze względu na możliwość oderwania siatkówki. Zdaniem jego dla celów okulistycznych elektromagnes nigdy nie jest zanadto silny; im większy, im potężniejszy, tem lepszy. W razie potrzeby siłę przyciągającą można umiarkować, oddalając oko od bieguna, względnie używając jako bieguna dłuższej nasadki. Według poleconego przez siebie sposobu radzi Haab wyprowadzać ciała obce do przedniej komory i stąd wydobywać je zapomocą cięcia w rogówce. Jest to wprawdzie zazwyczaj droga dłuższa, niż przez cięcie twardówkowe, ale zato o wiele bezpieczniejsza. Szczegółowa lokalizacya odprysku zapomocą promieni Roentgena, lub sideroskopu, jest zbyteczna, gdyż elektromagnes wydobędzie go zewsząd, gdziekolwiekby utkwił. K. W. Majewski.

Gravier. **Ślepota połowicza wskutek gruźlicy mózgu.** (Revue gén. d'opht. 1911, Nr 10). W przypadku połowiczej ślepoty (nosowej) lewego, a zupełnej ślepoty prawego oka, gdzie nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów mózgowych i wysokiej gorączki, sekcya wykazała obecność guza gruźliczego, który zdawał się wychodzić z lewego płatu czołowego i obejmował skrzyżowanie nerwów wzrokowych. Stąd zaburzenie wzroku. Guz ten, o rozmiarach 7·5 cm × 4 cm × 6 cm, zajmował miejsce jądra ogoniastego (nucleus caudatus) i soczewkowatego (n. lenticularis), przypierając do torebki wewnętrznej. Guz popielaty (tuber cinereum) przedstawiał jednolitą masę serowatą i w tem miejscu naciek gruźliczy przechodził na drugą, prawą półkulę mózgową, niszcząc także częściowo spoidło wielkie. Badanie mikroskopowe nacieku wykazało typowe gruzełki z komórkami olbrzymiemi. Prątków gruźliczych nie znaleziono.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 8. stycznia 1912.

1) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy, wykonanej wspólnie z p. J. Roblem p. t.: **O β-filoporfirynie.** W jednej z poprzednich prac o pochodnych chlorofilu autorowie opisali wyniki rewizyi badań nad filoporfiryną, odkrytą przez Schuncka i Marchlewskiego i badaną później przez ostatniego z szeregiem współpracowników. Rewizya ta dała potwierdzenie poprzednich wyników; stwierdziła przedewszystkiem, że »zasadowość« jej jest większa, niż to podał Willstätter. W pracy niniejszej autorowie opisują ciało podobne do filoporfiryny, które niekiedy powstaje obok filoporfiryny właściwej przy ogrzewaniu chlorofila-

nowych kwasów z alkaliami do temperatury 200°. Ciało to miał także w rękach niewątpliwie Willstätter, lecz zbadał je niedokładnie i wadliwie. Opierając się na błędnem przypuszczeniu, że filoporfiryna Schuncka i Marchlewskiego nie ekstrahuje się $^1/_2$ % kw. solnym, poddał roztwory eterowe, oba czerwone barwiki zawierające, ekstrakcyi tym kwasem. Autorowie stwierdzają, że takie postępowanie prowadzi do wyosobnienia ciała nieczystego. Jedynie przy stosowaniu $^1/_4$ % kw. solnego można oddzielić nowe ciało od dawniej odkrytej filoporfiryny. Nowe to ciało otrzymało nazwę β-filoporfiryny, ma ono widmo całkiem inne niż to, które podaje Willstätter; jego opis stosuje się, jak się okazało, do mieszaniny dwu ciał. Krystalizuje się ono łatwo w igiełkach, trudno rozpuszczalnych w eterze i alkoholu, łatwo w kwasie octowym.

2) Czł. Kostanecki przedstawia pracę p. K. Białaszewicza p. t.: **Badania stosunków osmotycznych w rozwoju żaby i kury.** Autor doszedł do następujących wyników: Jaja żaby bezpośrednio przed wydobyciem się z jajnika mają nieco niższe ciśnienie osmotyczne, niż ma na ogół przeciętnie dorosły ustrój matki. Aż do chwili wyklucia zarodków odbywa się w nich zmniejszenie koncentracyi substancyi osmotycznie czynnych. Po wykluciu wzrasta ciśnienie osmotyczne także w rozwoju pozaembryonalnym. Autor podaje dalej wyniki pomiarów wykonanych na zarodkach kurczęcia, które naogół są zgodne z tem, co autor znalazł przy rozwoju żaby. Następnie omawia autor znaczenie warstwy płynu kołożółtkowego (perivitellin) i cieczy amnionalnej, oraz podaje wyniki pomiarów ciśnienia osmotycznego w tej ostatniej w różnych okresach rozwoju. Z porównania tych danych z liczbami, wyrażającemi ciśnienie osmotyczne śródembryonalne, wynika daleko idąca niezależność ciśnienia osmotycznego śródembryonalnego i ciśnienia osmotycznego w otaczającym płynie. Autor podaje hypotetyczne objaśnienie mechanizmów, regulujących te stosunki, w końcu zaś omawia znaczenie wyników swej pracy dla spraw wzrostu embryonalnego ustroju.

(Prócz tego przedstawiono 4 inne prace, których treść przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 17. I. 1912.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 62.

1) Kol. prof. Rutkowski przedstawia przypadek **operacyi tętniaka urazowego tętnicy podobojczykowej lewej.** P. l. 25, zgłosił się na oddział chirurgiczny z powodu guza w dołku nadobojczykowym lewym. Guz ten miał powstać w dwa miesiące po zranieniu narzędziem ostrem. Badanie przy przyjęciu wykazało tętniaka tętnicy podobojczykowej lewej, wielkości jaja kurzego. Tętno tętnicy sprychowej lewej w porównaniu z tętnem prawej niezmienione, chory nie doznaje żadnych dolegliwości, kończyna górna lewa bez zmian. — Przystępując do operacyi, miano w planie przedewszystkiem t. zw. idealną operacyę tętniaka, t. j. wycięcie tętniaka i zeszycie tętnicy czy to szwem okrężnym, czy też bocznym. Cięciem wzdłuż obojczyka lewego i przepiłowaniem tegoż odsłonięto guz, który dał się dość łatwo wydzielić z otaczających tkanek, poczem przekonano się, że tętniak wychodził z górnej ściany tętnicy podobojczykowej tuż przy przejściu jej między mięśniami pochyłymi. Guz odcięto, a ranę tętnicy, około 3 cm. długą, zeszyto szwem ciągłym jedwabnym. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Tętno tętnicy sprychowej lewej przez cały czas pooperacyjny niezmienione. Obecnie P. opuszcza oddział i oprócz blizny pooperacyjnej nie wykazuje żadnych zmian. Jestto wogóle czternasty przypadek idealnej operacyi tętniaka, a pierwszy tętniaka tętnicy podobojczykowej (streszczenie własne).

Kol. Prof. Nowotny przedstawia:

a) Chłopca 13-letniego z rozpoznaniem **meningoencephalitis serosa** po ropnem zapaleniu ucha lewego. U chorego tego przed operacyą dwukrotnie wystąpiły objawy podrażnienia miejscowego opon mózgowych i kory mózgowej w okolicy ośrodków ruchowych. Badanie, dokonane d. 20 paźdz. 1911, wykazało niemotę ruchową, porażenie prawego nerwu twarzowego, zboczenie języka na prawo, niedowład ręki i nogi prawej, tętno 110. Odruchy ścięgniste nieco żywsze po stronie prawej: — zamroczenie. Badanie ucha lewego wykazało ropienie przewlekłe, polip ucha środkowego, zniszczenie błony bębenkowej. Chorego tego operował mowca w stadyum zupełnego zamroczenia. Chory po przyjściu na klinikę stracił przytomność, wystąpiły drgawki twarzy obustronne, silniejsze po prawej, niż po lewej stronie, zboczenie głowy i gałek ocznych w kierunku poziomym, drgawki kończyny górnej i dolnej lewej, podczas gdy kończyny prawe zwisały bezwładnie. W tym stanie chorego wykonana operacya doszczętna ucha lewego wykazała tylko zmiany w uchu środkowem; kość oddłutowano aż do wysokości kąta oka; na tejże wysokości przy nakłuciu w głębokości 2—$2^1/_2$ cm. wydobyto około $1^1/_2$ cm^3 płynu surowiczego. Opony bez zmiany. Wszystkie powyżej opisane objawy w przeciągu tygodnia ustąpiły.

b) Chłopca 15-letniego, u którego mowca otwarł przed $1^1/_2$ rokiem **ropień prawego płatu skroniowego**. Chory ten cierpiał na przewlekłe ropne zapalenie ucha prawego z wytworzeniem się polipów. Chory, który wprost ze szkoły przyszedł na klinikę, narzekał od kilku dni na senność, zawroty głowy. Tętno 54—60, nieregularne. Atticoantrotomia; po usunięciu stropu jamy bębenkowej ropień podoponowy z wydzieliną cuchnącą. Po przecięciu opony twardej i po nacięciu mózgu wchodzi się do jamy wielkości małego jaja kurzego, z której wydobyła się obficie ciecz ropna cuchnąca. Ropień ten łączył się z ropniem podoponowym wązką przetoką. — W przeciągu kilku tygodni zupełne wyleczenie. Operowany podziśdzień zupełnie zdrowy.

c) Chłopca 6-letniego, z powodu przewlekłego ropienia i zapalenia wyrostka sutkowego dnia 26 czerwca 1911 operacya doszczętna. Operacya wykazała ubytek w wyrostku sutkowym, granulacye w jamie i komórkach sutkowych, ropienie wzdłuż zatoki poprzecznej; powierzchnia jej nierówna, ziarnista. Z niewygojoną raną zabrali rodzice chłopca do domu. Chory zgłosił się znowu d. 29 paźdz. — Badanie wykazało **wypadnięcie móżdżku** wielkości korony; powierzchnia tej części mózgu obumarła, czarno zabarwiona, w głębi ropień. Leczenie polegało na oddłutowaniu naokoło kości, tamponadzie ropnia. Pomimo ucisku wypadnięcie się utrzymuje, ropień się wygoił. Mowca przystąpi z powodu nieustępowania wypadnięcia do odcięcia tej części móżdżku. (Streszczenie własne).

3) Radca dw. prof. Wicherkiewicz składa na ręce prezesa program Zjazdu higienicznego w Waszyngtonie, nadesłany mu przez Dra Józefa Polaka, członka komisyi stałej dla tego Zjazdu.

4) Kol. Dr Eisenberg wygłosił wykład p. t.: **Z biologii bakteryi**. (Rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarka doroczna: Dr Ad. Markowa.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 8. XI. 1911.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1. Kol. Golc przedstawił przypadek do rozpoznania. Przypadek dotyczy 60-letniego mężczyzny, u którego na skórze klatki piersiowej znajdują się od 5 lat wykwity, skupione, o charakterze przerostowym, miejscami zabliźnione. Zdaniem kol. G. są to albo **kilaki,** albo **toczeń.**

2. Przeczytano odezwę Zarządu Towarzystwa lekarzy rosyjskich im. Pirogowa w sprawie zbierania **składek na** rzecz instytucyi im. Pirogowa.

3. Przeczytano wyrok sądu stałego przy Towarzystwie

lekarskiem łódzkiem, na mocy którego członek Towarzystwa, L. Klaczkin, za jaskrawe reklamowanie się w prasie codziennej, został z Towarzystwa wykreślony.

4. Kol. Golc przeczytał rzecz p. t.: **O salwarsanie przy kile.** (Sprawozdanie z lecznicy Drów: Talka, Golca Jalnickiego). Prelegent przytoczył liczbę przypadków, w których w ciągu 13 miesięcy stosowano salwarsan. Z początku stosowano go podskórnie i śródmięśniowo, od 9 miesięcy do żył. W świeżych przypadkach stosuje się w lecznicy salwarsan 2 razy, poczem następuje leczenie rtęcią, a na zakończenie znów »606« do żył (0·6). Wyniki tą drogą otrzymane były szybsze. Najlepsze wyniki były w okresie trzeciorzędnym. Przy kile utajonej wpływ »606« uwidoczniał się w ten sposób, że odczyn Wassermanna stawał się ujemnym w niewielkiej ilości przypadków; u większości chorych, zwłaszcza chorych od kilku i kilkunastu lat, odczyn Wassermanna po 3—4 miesiącach pozostawał dodatnim. Na kiłę układu nerwowego, salwarsan działał rozmaicie. W jednym przypadku wiądu rdzenia nastąpiła poprawa w sferze płciowej (potentia), w innym ustąpienie »przełomów żołądkowych«. U większości poprawy nie było. Widoczna była poprawa w jednym przypadku zapalenia rdzenia (myelitis), w 4 przyp. porażenia połowiczego. W porażeniu postępującem — z początku poprawa, później pogorszenie. Przy kilakach mózgu i kiłowych bólach głowy stwierdzono dobry wpływ salwarsanu. Przy cierpieniach oczu pochodzenia kiłowego działanie salwarsanu zależne było od rodzaju cierpienia. W (2 przyp.) zaniku n. wzrokowych nie było polepszenia, przy zapaleniu siatkówki (2 przyp.) w jednym przyp. polepszenie szybkie, w drugim poprawa nastąpiła dopiero po zastosowaniu energicznego leczenia rtęciowego. W przypadku kilaka tęczówki i hypopyon nastąpiło wyleczenie po zastosowaniu salwarsanu i rtęci. Również w jednym przypadku porażenia mięśni oka wyleczenie po zastosowaniu salwarsanu i rtęci, w drugim niezupełne wyleczenie. Na ogół działanie salwarsanu jest szybkie i zbawienne, lecz tylko w rzadkich i wyjątkowych przypadkach następowało zupełne wyleczenie przy stosowaniu samego tylko salwarsanu, bez rtęci. Nawroty jednakże spostrzegano rzadziej, aniżeli dawniej przy wyłącznem leczeniu rtęcią. Co się tyczy nawrotów nerwowo-mózgowych, kol. G. podziela zdanie tych autorów, którzy sądzą, że nawroty nerwowe są przejawami działania jadu kiłowego na nerwy osłabione lub podrażnione salwarsanem.

W dyskusyi podnoszono dodatni wpływ salwarsanu w poszczególnych przypadkach zmian jamy nosowogardłowej (kol. Helman); podkreślano niedostateczny skutek, spostrzegany przy stosowaniu tego środka w jednym przypadku, gdy chodziło o działanie ochronne i lecznicze, a mianowicie, kiedy zastosowano go u ciężarnej, dotkniętej przymiotem: dziecko urodziło się z objawami choroby (kol. Kaufman). Dalej w dyskusyi omawiano technikę wstrzykiwań, mówiono o tem, jaki być powinien odczyn płynu wstrzykiwanego (do żył). Z jednej strony przypisywano odczynowi zasadowemu powstawanie rozległych uszkodzeń części miękkich w sąsiedztwie żyły, do której salwarsan wstrzyknięto i przytoczono przypadek takiego uszkodzenia (kol. Leyberg), — z drugiej strony utrzymywano, że płyn zasadowy w słabym stopniu jest nieszkodliwy i że omawiane uszkodzenie części miękkich było najprawdopodobniej innego pochodzenia, jak naprzykład, wstrzyknięcie tego środka nie do światła naczynia, lecz na zewnątrz żyły (Sonnenberg); że w sprawach kiłowych salwarsan działa nie lepiej od rtęci i jodu, lecz tylko w ten sposób, że jedna nieraz dawka jego działa tak, jak długotrwałe mieszane leczenie (kol. Klozenberg). W sprawie stosowania »606« w chorobach oczu na tle przymiotowem, zauważono, że przeciwwskazania są tu bardzo rzadkie, że co do skuteczności tego środka w chorobach oczu zdania są bardzo podzielone, zwłaszcza krytyce środek ten podlega ze strony francuzów (kol. Koliński), Wreszcie mówiono o stosowaniu i wynikach stosowania salwarsanu w innych sprawach chorobowych, nie przymiotowych, a mianowicie w gorączce powrotnej (kol. Rosenthal), w białaczce (kol. Tenenbaum), w chorobach wewnętrznych (kol. Szwarcwasser), w cierpieniach skóry — przy liszaju czerwonym płaskim (Sonenberg), przy cierpieniach stawów (kol. Maybaum) i dłużej zatrzymano się na działaniu farmakologicznem salwarsanu i omówiono zasady chemoterapii wogóle (Sonenberg).

5. W końcu posiedzenia kol. Lange przedstawił **preparaty** mikroskopowe **raka.**

E. Sonenberg.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie dnia 19. IX. (1. XI.) 1911.

Obecnych członków 28. Przewodniczy S. Trzebiński.

Z. Gilewicz: **O zdrojowiskach kaukaskich.**

Dyskusya: Kol. Lisowski wskazuje na niektóre ujemne strony wód kaukaskich, w szczególności na brak elementarnych kulturalnych urządzeń, jakoto — brak wody, kanalizacyi, brak odpowiedniego pożywienia. Te braki są tak poważne, że Kaukaz nigdy nie może współzawodniczyć z zagranicznemi, a nawet polskiemi zdrojowiskami. Dla zaradzenia złemu należałoby, by lekarze zakładali odpowiednie wzorowe pensyonaty. Poza tem wszystkiem wielką wadą wód kaukaskich jest wszędzie grasująca zimnica.

Gilewicz odpowiada, że osobiście sam nie jest wielkim zwolennikiem wód kaukaskich. Co do kuchni dyetetycznej, to organizacya jej spotyka wielkie trudności wobec znacznej odległości większych miast, jak Baku i Rostow. Wogóle zaś należy zaznaczyć wszelki brak inicyatywy.

Sekretarz: Fudakowski

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

IV Posiedzenie z dnia 16/29 kwietnia 1911 r.

Obecnych 29 członków i 7 gości.

1) Kol. Bagieński opowiada o przypadku **gruźlicy płuc i pęcherza moczowego,** który pod wpływem **wstrzykiwań tuberkuliny-endotyny Gabryłowicza** zakończył się zupełnem wyleczeniem. Do wydziału sanatoryjnego lecznicy kolejowej w Wilczej Łapie (pod Wilnem) wstąpił młody urzędnik kolejowy z objawami gruźlicy w obu szczytach płuc i pęcherza moczowego; w plwocinie nieliczne laseczniki Kocha, w moczu — dużo ropy, krwi i laseczników gruźliczych. Chory gorączkował stale. Po parumiesięcznem leczeniu sanatoryjnem, połączonem z wstrzykiwaniami endotyny, chory musiał powrócić do swych obowiązków, ponieważ zgodnie z regulaminem urzędnicy kolejowi ponad 2 miesiące chorować w szpitalu nie mogą, w przeciwnym bowiem razie zostają usunięci z posady. To też w ciągu następnych ośmiu miesięcy chory co tydzień przyjeżdżał do sanatoryum dla wstrzykiwań tuberkuliny. Ogółem zrobiono mu przeszło 45 wstrzyknięć. Ostatnie badania moczu wykazały ślady białka, a w osadzie po kilka leukocytów w polu widzenia mikroskopu; laseczników Kocha i krwinek czerwonych nie znaleziono. Obecnie objawy fizyczne w szczytach znikły; rekonwalescent dzisiaj (następuje przedstawienie ozdrowieńca) powrócił z uciążliwej podróży, pomimo to czuje się zupełnie dobrze. Wobec zniknięcia laseczników Kocha i krwinek w moczu, wobec tego, że fizyczne objawy w płucach obecnie nie dają powodu nawet domyślać się, że ongi była tu sprawa gruźlicza, wreszcie wobec tego, że chory czuje się obecnie tak silnym i zdrowym, jak nigdy przedtem, należy przypuścić, że nastąpiło zupełne wyleczenie. Chory jednak w dalszym ciągu co 8.—10. dzień przyjeżdża dla wstrzykiwań endotyny.

W dyskusyi kol. Szapiro przytacza z »Deut. med. Woch.« artykuł Jochmanna i Möllera: Autorowie ci dowodzą, że endotyna Gabryłowicza jest zupełnie pozbawiona własności swoistych; manipulacye chemiczne, jakim poddają

starą tuberkulinę (AT) celem otrzymania endotyny, usuwają wraz z albumozami substancye lecznicze; odczyn wiązania dopełniacza nie wykrywa w endotynie antygenu. Nic więc dziwnego, że wstrzykiwania endotyny pozostają prawie bez wpływu na ciepłotę. — Dr Diłłon sądzi, że ujemny wynik badania moczu nie dowodzi wygaśnięcia sprawy gruźliczej; co się tyczy płuc, to obecnie nie możemy ustalić, w jakim stanie były one przed wstąpieniem chorego do wydziału sanatoryjnego; wiadomo powszechnie, że w dobrych warunkach, a szczególnie w sanatoryum, chorzy nawet z rozległemi zmianami gruźliczemi w płucach poprawiają się na zdrowiu. Wobec tego pytanie, czy przedstawiony chory może być uważany za wyleczonego, czy też tylko za pozornie zdrowego, należy uważać za nierozwiązane. — Kol. Bagieński w odpowiedzi zaznacza, że napady na endotynę w prasie lekarskiej mają cechy reklamy, zwalczającej konkurenta. Nie ulega żadnej kwestyi, że ciepłota po wstrzyknięciu endotyny wznosi się często o 2—3 stopnie; to też mówca stosuje w sanatoryum bardzo małe dawki — znacznie mniejsze, niż zaleca Gabryłowicz, pomimo to często zdarzają się znaczne wznoszenia się ciepłoty. Doświadczenie kliniczne stwierdza, że działanie endotyny w niczem nie różni się od działania innych przetworów tuberkulinowych. Prelegent jest bardzo zadowolony z dotychczasowych wyników stosowania endotyny w sanatoryum kolejowem.

2) Koledzy Barchasz i Szabad mówią o **Wszechrosyjskiej Lidze walki z gruźlicą** i potrzebie utworzenia wydziału owej Ligi w Wilnie. Zebranie powzięło uchwałę: Towarzystwo Lekarskie Wileńskie jako takie wpisuje się na listę członków Ligi; pożądanem jest, by członkowie Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego po wpisaniu się na osobną listę członkowską utworzyli w Wilnie wydział owej Ligi.

V Posiedzenie z dnia 12/25 maja 1911 roku

Obecnych 31 członków i 15 gości.

1) Koledzy Wirszubski i Lewande mają wykład **o chorobie Menierea** i przedstawiają 3 chorych; kol. Wirszubski podaje opis choroby, przytacza klasyfikacyę Frankla Hochwarta, omawia rozpoznanie różniczkowe, oraz podkreśla, że zejścia śmiertelnego podczas napadu nie spostrzegano i sam napad wywołać śmierci nie może. W sprawie leczenia farmakologicznego mówca zaznacza, że chinina, jako jad dla nerwu słuchowego, powinna być zupełnie zarzucona; dawniej właśnie stosowano chininę, i to w dawkach bardzo dużych. — Kol. Lewande pokazuje chorych — dwu z typową chorobą Menierea, trzeciego zaś z podrażnieniem błędnika na tle prawdopodobnie kiłowem. Należy właśnie rozróżniać czystą formę Menierowską od całego rzędu spraw chorobowych, w których występują objawy zupełnie podobne do objawów w chorobie Menierea. Najcharakterystyczniejsze w chorobie Menierea jest trwałe przytępienie słuchu lub trwała głuchota. U trzeciego chorego objawy podrażnienia błędnika wystąpiły po wstrzyknięciu salwarsanu w 3 miesiące; powstaje pytanie, czy można stosować salwarsan bez obawy ujemnego wpływu tego leku na narząd słuchowy. Jeszcze przed wynalazkiem Ehrlicha Politzer i inni opisywali przypadki, w których pomimo leczenia rtęcią występowały schorzenia kiłowe błędnika. W literaturze »salwarsanowej« opisane są przypadki, w których salwarsan usuwał istniejące sprawy kiłowe błędnika. Mówca twierdzi, że niema najmniejszej podstawy obawiać się ujemnego wpływu salwarsanu na narząd słuchowy. Przymiot powoduje podrażnienie błędnika i należy przypuszczać, że pomiędzy wysypką przymiotową a schorzeniem błędnika istnieje ścisły związek.

W dyskusyi kol. Gerszun dowodzi, że przymiotowe schorzenie błędnika w czasach przedsalwarsanowych było »rara avis«; tłómaczenie Ehrlicha, że na schorzenie przymiotowe błędnika salwarsan niezawsze działa skutecznie dlatego, że nerw przedsionkowy leży w wązkim kanaliku i limfa niedostatecznie tam krąży, — nie jest przekonywające.

2) Kol. Krainskij: **O energetyce żywego ustroju z punktu widzenia najnowszych teoryi i prądów.** Mówca pobieżnie skreślił obraz stosunków, zachodzących w żywym ustroju, wykazał, jaka różnica zachodzi pomiędzy zawiesiną, koloidalnym stanem i rozczynem, wyłożył teoryę Gibbsa o zmianach materyi, o jej formacyi i deformacyi, podkreślił nadzwyczaj ważne dla ustrojów znaczenie koloidów, skreślił pokrótce teoryę jonów. W końcu poruszył sprawę odporności ustroju, zaznaczając, że powyższe teorye chemiczno-fizyczne i nowe prądy w dziedzinie tych nauk rugują przestarzałe teorye, dotąd wszechwładnie panujące w nauce, a między innemi i teoryę Ehrlicha, której filozoficzne spekulacye już nie są zdolne wytłómaczyć wielu zjawisk w zagadnieniu odporności żywego ustroju. Wykład, urozmaicony licznemi doświadczeniami z osmozą, dyfuzyą, powstawaniem prądów elektrycznych w rozczynach o różnem stężeniu i t. d. przeciągnął się do późna, wskutek czego dyskusyi nie było.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego

(od r. 1907).

Na mocy ustawy, zalegalizowanej 23 lutego 1911 r., zaczęło funkcyonować w kwietniu b. r. Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego, do którego na zebraniu organizacyjnem zapisało się na członków rzeczywistych 40 lekarzy, zamieszkałych w powiecie będzińskim.

Zanim przejdę do szczegółowszego sprawozdania z tego, jakoteż i następnych zebrań, muszę zaznaczyć, że wszyscy ci lekarze należeli do Częstochowskiego Towarzystwa lekarskiego, które wyjednawszy prawo urządzania posiedzeń i w Sosnowcu, umożliwiło lekarzom z Zagłębia zbieranie się od czasu do czasu na miejscu zamiast dosyć kosztownych i kłopotliwych wyjazdów na posiedzenia do Częstochowy. Że jednak ciągła pewna zależność od Częstochowskiego Towarzystwa była z rozmaitych względów niewygodną, więc wystarano się o zalegalizowanie odpowiedniej oddzielnej ustawy. Niemniej jednakże zasługuje na wzmiankę i choćby pobieżne streszczenie działalność poprzednia Towarzystwa lekarskiego na gruncie Zagłębia w ciągu 4 lat od 1907 do 1911 roku, już choćby ze względu na wyjaśnienie, jakie sprawy zajmują nas przeważnie w Zagłębiu.

Ograniczę się do wyliczenia odczytów, referatów i pokazów w ciągu wymienionego okresu.

A więc w r. 1907:

1) Kol. Biegański mówił o najnowszych postępach medycyny wewnętrznej w ostatnich latach: a) o odczynie desmoidalnym Sahliego, b) o wrodzonem zwężeniu odźwiernika, c) o wykrytych w ostatnich czasach rozsadnikach duru plamistego i d) o albuminuria orthotica. 2) Kol. Dehnel: O zapaleniu wyrostka robaczkowego. 3) Kol. Pisarzewski: O pubiotomii. 4) Kol. Putermann: O metodzie antyhemolitycznej. 5) Tenże: O odczynie ocznym tuberkulinowym Calmettea (z pokazami). 6) Kol. Czajkowski wygłosił rzecz, opartą na osobistych badaniach pracownianych i klinicznych, O sztucznem otrzymywaniu surowic leczniczych. 7) Inż. Telakowski: O warunkach zdrowotnych Sosnowca. 8) Kol. Steuermark: Zasady i wskazania rentgenoterapii.

Z pokazów: Kol. Arnold przedstawił przyrząd Röntgena, jak również szereg zdjęć rentgenowskich, ilustrujących doskonale złamanie wyrostka rylcowatego k. łokciowej. Kol. Kołudzki: rozpylacz z motorem elektrycznym. Kol. Putermann: przetwory do wykonywania próby Sahliego, oraz próby krwi: benzydynową, aloinową i gwajakową. Kol. Wrześniowski przedstawił 5 ciekawych preparatów, otrzymanych przy operacyach i opowiedział przebieg chorób i operacyi. Kol. Królikowski pokazał guz, który podczas

porodu wysunął się z odbytnicy i tamował przebieg porodu. Kol. Mojkowski pokazał przypadek nerwiaka, kol. Benzef: przypadek półpaśca (herpes zoster), kol. Żołędziowski: przypadek mięsaka limfatycznego brzucha, kol. Putermann: chorych z glejomięsakiem mózgu i dziecięce porażenie połowicze. Oprócz tego zdali sprawę: kol. Żołędziowski: o przypadku złamania miednicy podczas porodu i kol. Falkowski: o przypadku zastosowania surowicy wyrobu kol. Czajkowskiego przeciwko róży.

Ze spraw społeczno lekarskich omawiano stosunek lekarzy poszczególnych i Towarzystwa lekarskiego do robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym, pod względem określenia stopnia niezdolności do pracy. Wypracowano projekt organizacyi komisyi lekarskich do określania stopnia niezdolności do pracy i przesłano ten projekt Radzie Zjazdu górniczego z prośbą o przyspieszenie organizacyi rzeczonych komisyi. Wobec częstych przypadków niezadowolenia z przyznawanego % niezdolności do pracy i częstej rozbieżności świadectw, wydawanych prywatnie przez rozmaitych lekarzy, powzięto następującą uchwałę: »Towarzystwo lek. zaleca członkom swoim w żadnym przypadku nie przyjmować na siebie roli superarbitra w ocenianiu stopnia niezdolności do pracy robotnika, jak tylko z upoważnienia Towarzystwa lekarskiego«.

Oprócz tego wiele czasu poświęcono omawianiu spraw lecznictwa fabrycznego i jego bolączek. Powzięto myśl opracowania planu uzdrowiska dla chorych gruźliczych robotników i w tym celu postanowiono opracować i rozesłać kolegom odpowiedni kwestyonaryusz.

W r. 1908 odbyły się następujące odczyty: 1) Kol Sawicki: Sprawozdanie i nieco kazuistyki z praktyki w Busku w r. 1907. 2) Kol. Trzebiatowski: O objawach ocznych przy rozmaitych chorobach wewnętrznych. 3) Kol. Mojkowski: Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie. 4) Kol. Żołędziowski: O chorobach zawodowych górników ze szczególnem uwzględnieniem suchot płucnych. 5) Kol. Okuszko: O wzruszeniach. 6) Kol. Czajkowski: Wiewiór u kobiet. 7) Kol. Putermann: Kilka słów o działaniu surowic leczniczych wogóle, a surowicy przeciwpłoniczej w szczególe.

Poza odczytami działalność Towarzystwa polegała na pokazywaniu ciekawych preparatów i przyrządów, sprawozdaniu i przedstawianiu ciekawszych przypadków kazuistycznych. Mianowicie kol. Wołtowicz przedstawił przyrząd, używany do odczynu Pirqueta; kol. Putermann: kamienie żółciowe i wpływ na nie kropel Duranda; kol. Arnold: rentgenogram ramienia, gdzie przypuszczano narośl kostną, a zdjęcie nie potwierdziło rozpoznania; kol. Bartkiewicz przedstawił operowany guz w okolicy kątniczej i raka ślepej kiszki; kol. Arnold przedstawił przypadki naczyniaka (teleangiectasia) na wardze dolnej, kostnienia mięśnia (myositis ossificans m. sartorii) po urazie, rozsiane włókniaki podskórne, przypadek zatoru płuc po złamaniu uda; kol. Breszel: przypadki przepukliny oponowej i stopy końskoszpotawej; kol. Putermann: przypadek kiłowego porażenia rdzeniowego, przypadek wiądu rdzenia, którego objawy nastąpiły po nieszczęśliwym wypadku, przypadek rozpoznanego guza mózgu, ulegający swoistemu leczeniu; kol. Bartkiewicz: chorego po zwichnięciu obojczyka; kol. Zaborski: 2 dzieci z chorobą Littlea, przypadek niemoty; kol. Króiikowski opowiadał o przypadku szczególnie przebiegającego, niepewnego pod względem rozpoznawczym uogólnienia się raka (carcinomatosis generalis); kol. Dehnel: o kilku przypadkach z praktyki z szczęśliwym przebiegiem pooperacyjnym.

W sprawię posunięcia naprzód sprawy założenia uzdrowiska dla robotników, chorych na gruźlicę, ułożono i rozesłano kolegom kwestyonaryusz w celu zebrania danych statystycznych co do liczby takich chorych w rozmaitych fabrykach i kopalniach. Rozpatrywano również projekt organizacyi komisyi przy Radzie Zjazdu, dla badania robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym i porozumiewano się z tą instytucyą.

W r. 1909 wygłoszono następujące odczyty i referaty. 1) Kol. Starkiewicz: Kilka przypadków zapalenia gardła ze swoistemi zmianami na łukach podniebienia miękkiego o charakterze epidemicznym. 2) Tenże: W sprawie odczynu czystego kw. azotowego z białkiem w moczu. 3) Kol. Putermann: O dyetetycznem leczeniu cukrzycy. 4) Kol. Jekels: O teoryi Freuda i metodzie psychoanalitycznej. 5) Kol. Dehnel: Krótki rys fizyologii i patologii przemiany materyi, według dzieła Richtera.

Z pokazów kol. Arnold przedstawił: 1) przypadek drżączki poraźnej, 2) mięsaka goleni, 3) peritonitis serosa saccata traumatica, 4) preparat torbieli skórzakowej jajnika, 5) rentgenogramy przedramienia złamanego i niezłamanego u tego samego osobnika, 6) kol. Putermann: przypadek nagłego osiwienia ograniczonego, 7) kol. Zahorski: przypadek kostnienia mięśnia (myositis ossificans m. bicipitis sin.) z rentgenogramem, 8) kol. Dehnel: przypadek tężyczki i 9) przypadek znacznego powiększenia wątroby i śledziony przy zupełnie dobrym stanie podmiotowym.

Ze spraw zawodowych omawiano: 1) udział Towarzystwa w Wystawie Częstochowskiej, 2) stosunek lekarzy do składów materyałów aptecznych i reklam i 3) sprawę komisyi do badania robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym. (Dok. nast.). S. Weinzieher (Będzin).

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie z dnia 29. X. 1911 r.

1) Prezes Radca Fr. Chłapowski zagaja Walne Zebranie, witając przybyłych z Warszawy gości p. Prof. Dr Kryńskiego i Dr Dydyńskiego; następnie wspomina o zgonie ś. p. kol. Dr Górskiego ze Stęszewa. Na przewodniczącego Walnego Zebrania obrano p. Dr Dydyńskiego.

Następują demonstracye:

1) Kol. Pomorski: 3 przypadki **torbieli mózgowych**. Mowca operuje według Bergmana. Spostrzegał dotąd i operował 28 przypadków. Z pierwszych 9 żyją 3, z drugich 19 żyje 9. Mówca przedstawia rozwój i sposoby operowania tych spraw.

2) Kol. Mieczkowski: a) 26 l. gospodarz wiejski ze **złamaniem szczęki dolnej**. Chory dostał się między gałąź i kłonicę, co sprawiło złamanie i wypadnięcie odłamka kości. Mówca założył szynę na ostatni ząb, do tej szyny przytwierdził odłamek i, jak wykazują promienie Roentgena, nastąpiło zrośnięcie. b) Wielki **guz okrężnicy poprzecznej**. Pierwszym rękoczynem otwarto przed 6 tygodniami ropień. Badanie histologiczne w zakładzie patologicznym wykazało tylko tkankę ziarninową. Tymczasem przy drugim rękoczynie, gdzie wykonano resekcyę jelita, okazało sie, że chodziło o **raka** jelita grubego. c) Chłopczyk 8-letni (fotografia) z **postrzałem** z pistolecika **w brzuch**. Rana między pępkiem a górnym kolcem biodrowym. Ponieważ nie było groźnych objawów, zajął mowca stanowisko wyczekujące. Rentgenizacya wykazała obecność kuli na drugiej stronie brzucha. Po tygodniu kula w kale odeszła. Wyzdrowienie. d) **Wynicowanie pęcherza** u 4-letniego dziecka. Ciekawy jest obraz rentgenowski, wykazujący rozszczep kości łonowej na 4 palce i znaczne biodra szpotawe (coxa valga).

W dyskusyi opisuje kol. Szuman z Torunia spostrzegane przez siebie ciekawe przypadki postrzałów. Małe kulki mogą przejść przez jamę brzuszną, nie wywołując szkody. Niebezpieczne natomiast są postrzały śrutowe.

Kol. Nowakowski tylko wyjątkowo uważa w tych razach za wskazane wyczekiwanie. Zazwyczaj przy postrzałach należy operować. Widział również chłopca, u którego kula flowerowa przeszła przez wątrobę, żołądek i jelita i utkwiła w miednicy. Po zaszyciu obrażeń chłopiec wyzdrowiał.

Prof. Kryński podnosi wielki materyał kol. Pomor-

skiego; postępuje podobnie, uważa jednak, że cięcia nie trzeba prowadzić w jednej linii, lecz kolisto. Co do przypadku kol. Mieczkowskiego, to na obfitym materyale postrzałowym w Warszawie przekonał się mowca, że nie można postawić stałej reguły, czy operować, czy nie. Wspomina o przypadku dotyczącym Stołypina, który prawdopodobnie przez operacyę byłby mógł być uratowany. Nie operowano go jednak, łudząc się euforyą. Bardzo ważną rolę odgrywa stan trawienia. Przy ranach postrzałowych jest mowca za operacyą, przy kłutych za odczekaniem.

Kol. Fr. Zakrzewski miał sposobność badać chorą kol. Mieczkowskiego z nowotworem. Zwracało uwagę tylko silne zaparcie stolca, nie dające się wytłómaczyć. W takich razach bardzo ważne jest prześwietlenie promieniami Roentgena.

Kol. Mieczkowski jest za operacyą przy postrzałach, jeśli są objawy ze strony otrzewnej. Tu jednak nie było wskazania. Podobnych przypadków widział mowca 3. Wspomina także o innym przypadku, gdzie były objawy podrażnienia otrzewnej. Zrobił wtedy laparotomię i okazało się, że w jelicie cienkiem było 8 przedziurawień; w dwóch miejscach wykonał resekcyę, w 4 zeszycie. Mimo, że operacya musiała się odbyć na prowincyi w warunkach najniekorzystniejszych, bez odpowiedniego instrumentaryum, chory wyzdrowiał.

3) Prof. Dr Kryński: **O operacyjnem leczeniu choroby Basedowa.**

Od czasu do czasu pewne zagadnienia patologiczne wysuwają się na pierwszy plan. Na pograniczu kilku działów medycyny dużo ważnych zagadnień przesunęło się w ostatnich czasach, jak np. sprawa zapalenia wyrostka robaczkowego, kamicy żółciowej i nerkowej itd. Tu chirurgia wspólnie z medycyną wewnętrzną doszła do wielkich postępów. W ostatnich kilku miesiącach choroba Basedowa omawiana była na 4 Zjazdach. W polskiej literaturze istniała tylko praca Drobnika z Poznania z r. 1894, który wykonał operacyę przy chorobie Basedowa. Co do etyologii tej choroby powstał cały szereg hipotez. Obecnie cieszy się największem uznaniem teorya Gautier-Moebiusa, mianowicie zapatrywanie, że przyczyną choroby Basedowa są zmiany w gruczole tarczowym, powodujące według Kochera hypertyreoidyzm, według Klosego dystyreoidyzm.

Zwolennicy teoryi nerwowej: Abadie, Jaboulet, Marie, Joannescu biorą objaw wtórny za pierwotny, bo chodzi o podrażnienie zwojów przez wydzielinę gruczołu tarczowego.

Zabiegi chirurgiczne polegają: 1) na podwiązaniu tętnic, 2) wycięciu gruczołu tarczowego za przykładem Kochera, 3) kombinacyi obu sposobów, tj. pierwotnie przy złym stanie ogólnym podwiązanie, później wyjęcie połowy gruczołu, oraz podwiązanie jednej tętnicy z drugiej strony.

Z lyońskich klinik chirurgicznych Delore zestawił następującą statystykę:

	Podwiązanie	wycięcie	Podwiązanie + wycięcie
wyleczenie	51,1%	43,2%	69,7%
poprawa	24,4%	13,5%	23,6%
wynik ujemny	8,8%	8,1%	2,3%
zejście śmiert.	8,7%	5.4%	4,6%

Niektórzy, jak Mayo, wycinają więcej gruczołu, Kocher radzi wycinać nie za mało i nie za późno. Prelegent jest tego zdania, że nie należy wycinać więcej jak $^2/_3$. Bardzo ważne są gałązki nerwu krtaniowego górnego, który towarzyszy górnej tętnicy tarczowej. Należy operować w miejscu wejścia tej tętnicy. Natomiast trzeba się trzymać daleko od tętnicy tarczowej dolnej, gdzie leżą gruczoły przytarczyczne. Mówca operował w ostatnim czasie 12 przypadków (11 kobiet, 1 mężczyzna) metodą Kochera i to w znieczuleniu miejscowem, wszystkie ze szczęśliwym wynikiem.

We wszystkich przypadkach stwierdził prelegent, że pobudliwość serca pozostaje, ale poprawa podmiotowa niesłychanie szybko się uwydatnia.

Prelegent zestawił statystykę następującą:

	Ogólem	wyleczone	poprawa	śmierć
Kocher	535	76%	20%	3,4%
Rehn	554	75%	16%	7%
Mayo	190	70%	17%	4%
Riedel	80	76%	12%	10%
Eiselsberg	71	90%		$8^1/_2$%
Garre	92	96%		4%
Kryński	12	100%		—

Niestety brak statystyki, któraby pozwoliła na porównanie wyników, osiągniętych leczeniem wewnętrznem. Prelegent znalazł tylko dwa takie zestawienia, i to Sterna w Wiedniu i Küttnera we Wrocławiu.

Stern widział 15% skutków dodatnich, 60% ujemnych, 25% zejść śmiertelnych, Küttner zaś 0% dodatnich, natomiast 65% ujemnych, 35% śmiertelnych.

Wskazania: Niektórzy chirurdzy, jak np. Eiselsberg, zanadto lekceważą leczenie wewnętrzne, a jednak operacya nieraz jest przeciwwskazana, np. przy grasicy przetrwałej. Na 15 przypadków, zmarłych po operacyi, w 22 była grasica przetrwała. Po operacyi czeka jeszcze wdzięczne zadanie internistów.

Prezes radca Chłapowski dziękuje gościowi za piękny i jasny wykład, poczem zabiera głos

4) Kol. Jezierski: **O leczeniu wewnętrznem choroby Basedowa.**

Leczenie tej choroby nie może być jednolite, jak nie są jednolite jej etyologia i objawy. Pierwszy Gautier próbował zobojętniać jady sokiem z gruczołu tarczowego, ale wyniki wykazały niebezpieczeństwa, połączone z tą metodą. Surowica Moebiusa ma równie wielu przeciwników, jak i zwolenników. Sam prelegent nie widział po niej skutków dodatnich. Lanz podaje mleko kóz, którym wyjęto tarczycę, co Prof. Roux poleca przed i po operacyi. Prelegent sam także takie mleko stosował z dobrym skutkiem. Pomocną w leczeniu jest galwanizacya n. współczulnego. Z leków wewnętrznych trzy stoją na pierwszym planie, a to: chinina, arszenik i fosfor. Chininę stosował prelegent dość często, przekonawszy się jednak, że sprowadza rozszerzenie naczyń, zarzucił ten środek. Arszenik jest bardzo ważny, ale trzeba stosować wielkie dawki. Fosfor, polecony najprzód przez Polaka, później używany był często przez Francuzów. Obecnie także Kocher stosuje go jako odtrutkę. Natomiast przeciwwskazana jest jodyna. Dyeta powinna być bez białka. Często też działa dobrze hydroterapia, np. kąpiele z mydłem i owijanie w koce. Leczenie powietrzne powinno być stosowane tylko powyżej 1000m, nie wyżej jednak od St. Moritz. Prelegent widział nieraz wyśmienite wyniki z połączenia aeroterapii, arszeniku i elektryczności.

5) Kol. Karwowski: **Zastosowanie promieni Roentgena przy chorobie Basedowa.**

Przy ocenianiu metody leczenia choroby Basedowa zapomocą promieni Roentgena należy ściśle odłączyć przypadki wola zwykłego. Aczkolwiek i tutaj nieraz uzyskano znaczne zmniejszenie się tarczycy, nawet w przypadkach położenia podmostkowego, to jednak nie może metoda ta współzawodniczyć z chirurgiczną.

Inaczej przy chorobie Basedowa. Tu działanie promieni w wielkiej liczbie przypadków jest zdumiewające. I to nie przez zniknięcie powiększenia tarczycy, choć i to często i w wysokim stopniu się zdarza, ale przez niewytłumaczone dotąd działanie na wydzielanie wewnętrzne, a co za tem idzie, na objawy choroby. Pierwszy Williams (1902), Campbell, Butter Pusey, dalej Mayo (1904) w Ameryce, Stegmann w Niemczech (1906) próbowali naświetlania, a wyniki osiągnięte tak dalece zachęciły innych badaczy, że mamy cały szereg spostrzeżeń (mówca przytacza całą literaturę odnośną) bardzo korzystnych. W ostatniej swej pracy Rave zestawił 321 wypadków z piśmiennictwa, z których tylko 14% pozostało bez żadnego dodatniego skutku. U reszty chorych,

tj. 173, czyli $^6/_7$, okazało się wybitne działanie promieni na objawy choroby, u 16 nastąpiło zupełne wyleczenie.

Ogółem waga poprawiła się u 135 = 49,4%
objawy nerwowe « 140 = 51%
objawy sercowe « 102 = 39,1%
wysadzenie oczu « 59 = 21,6%
tarczyca sama zmniejszyła się u 78 = 28,6%

Przypadków poparzenia lub uszkodzenia nie było żadnych, jeden przypadek zejścia śmiertelnego nie miał związku z naświetlaniem.

Jak tłómaczyć wpływ promieni, nie dało się dotąd wyjaśnić; anatomiczne badania nie dały pod tym względem żadnych danych.

W każdym razie metoda, dająca bez narażenia chorego na jakiekolwiek niebezpieczeństwo i bez bólu w 86% znaczną poprawę stanu ogólnego, mianowicie stanu podmiotowego, zasługuje conajmniej na żywsze niż dotąd zainteresowanie się nią ogółu lekarzy. Ale silna opozycya wyszła ze strony chirurgów z chwilą, gdy Eiselsberg, Gebele i Hohenegg opisali kilka przypadków zrostów po naświetlaniu, które następnie utrudniły operacyę. Sprawa ta w głośnej »Basedowdebatte« w Wiedniu przed dwoma laty zajmowała kilka posiedzeń i narobiła dużo wrzawy. Ponieważ jednak badania innych autorów, jak Pfeiffer oraz Rave, nie wykazały zrostów ani utrudnień operacyi po naświetlaniu, więc widocznie przypadki Eiselsberga itd. nie należą do reguły.

Zważywszy więc, że i po bądź jak bądź trudnej i dającej pewien odsetek (około 6%) śmiertelności operacyi, nie zawsze znikają wszystkie objawy, a rentgenizacya w $^6/_7$ przypadków daje szanse znacznej poprawy, należy się tej metodzie bezwarunkowo miejsce niepoślednie obok innych.

6) W dyskusyi kol. Dydyński (z Warszawy) zestawia wygłoszone referaty. Chirurdzy widzą powód choroby tylko w gruczole tarczowym, należy jednak jeszcze uwzględniać inne czynniki, jak np. psychiczne. U człowieka przestraszonego widzimy nieraz objawy te same, co przy chorobie Basedowa. Mowca spostrzegał przypadek, w którym choroba wystąpiła w miesiąc po silnem przerażeniu (napad Kozaków). Nie sam gruczoł jest przyczyną choroby, są i inne powody, może i w innych gruczołach leżące. Ponieważ widzimy przy tej sprawie nieraz akromegalię, zmianę barwika skóry, wypadanie włosów i paznokci, więc mogą zachodzić także schorzenia innych narządów z wydzieliną wewnętrzną, które należy uważać za powód choroby. Wyleczenie, podawane przez chirurgów, nie jest zupełne. U Kochera widział mowca wśród większego materyału po operacyi pozostające objawy, jak pobudliwość serca, chudnięcie itp.

Radca Panieński godzi się na teoryę Moebiusa; zwykle do usposobienia przyłącza się powód przypadkowy, jak przestrach, ciąża, wysiłek fizyczny (taniec) itd. Mowca nie godzi się ze zdaniem kol. Jezierskiego, żeby dur brzuszny mógł być jedną z przyczyn choroby Basedowa. Natomiast nieraz zapalenie gardła i gościec stawowy poprzedzają chorobę Basedowa. Dla internisty najważniejsze jest leczenie objawów nerwowych. Bardzo ważną rzeczą jest usunięcie chorego ze środowiska, w którem się znajduje. Już sam spokój i leżenie w klinice, oraz leczenie tuczące, dawały mowcy świetne wyniki. Arszenik i chininę uważa mowca za zwykłe środki skrzepiające, natomiast poleca brom. Leczenie jodem jest wprost szkodliwe, mowca widział po tem bardzo złe skutki; poleca bardzo surowicę Moebiusa.

Kol. Mieczkowski operuje metodą Kochera. W ostatnim czasie dodaje wycięcie węziny gruczołu tarczowego. Złych skutków z uśpienia mowca nie miewał i zawsze operuje w uśpieniu eterem z chloroformem. Operował 5 przypadków; z tych jeden wyleczony, 2 poprawione, 2 bez skutku.

Kol. Łazarewicz: Ze stanowiska ginekologa musi się znaleść związek między jajnikiem a tarczycą. Na chorobę Basedowa zapadają często kobiety w okresie pierwszego rozkwitania, a potem w okresie przekwitania. Choroba Basedowa nie sprzyja ciąży, zdarza się jednak, że chora zastąpi i wtedy stan jest bardzo ciężki, wymagający przerwania ciąży. Nieraz jednak ciąża sama się przerywa pod działaniem jadów, krążących w ustroju.

Kol. Dembiński zwraca ze stanowiska rynologa uwagę na to, że przyżeganie błon śluzowych nosa wpływa korzystnie na chorobę Basedowa. Tętno się obniża, gruczoł maleje. Hoffmann opisał w zeszłym roku 5 przypadków korzystnych. Także ew. wyrośle gruczołowate mogą grać rolę przy tej chorobie. Mowea widział po operacyi migdałów poprawę tętna.

Kol. Święcicki: Fakt, że tyle środków zaleca się na jedną chorobę, dowodzi, że właściwie niedostatecznie znamy powód choroby. Mowca sądzi, że ani jedna ani druga teorya nie jest uzasadniona i podnosi hypotezę, że powód choroby Basedowa polega na nadsprawności nadnerczy. Nie godzi się na zapatrywanie kol. Łazarewicza co do zależności choroby Basedowa od jajników. Im większe wydzielanie adrenaliny, tem większy gruczoł tarczowy. Wysadzenie oczu jest spowodowane przez tętnice. Jeśli istotnie nadnercza są źródłem choroby Basedowa, to tłómaczyłoby to wiele objawów. Widzimy czasem, że objawy choroby Basedowa znikają same (gdy ustaje wydzielanie adrenaliny). Objawy choroby nieraz nie stoją w żadnym stosunku do wielkości wola. — Jak tłómaczyć charłactwo przy chorobie Basedowa? Jest faktem, że adrenalina, działając na gruczoł tarczowy, wywołuje rozpad ciał białkowych. Na skórze zdarzają się, jak wspomniał kol. Dydyński, plamy, jak przy chorobie Addisona. W ciąży jajnik przestaje działać, zaczyna się zwiększać nadnercze, pokazują się objawy przyspieszenia tętna itd. — Jeden punkt mógłby całą teoryę obalić, mianowicie objawy psychiczne. Mowca znalazł w literaturze dwa przypadki Muratowa, gdzie chore umarły wśród szału. Sekcya nie wykazała zmian ani w mózgu, ani w rdzeniu, natomiast wielkie zmiany w nadnerczu. Znalazł też mowca pracę Kraussa, który twierdzi, że w chorobie Basedowa jest zwiększona ilość adrenaliny we krwi. Odpowiednio do tej hipotezy powinno być stosowane leczenie. Nie należy jednak odrzucić strumektomii, bo tarczyca z nadnerczami stoi w stosunku wzajemnego oddziaływania.

Kol. Stasiński jako okulista widywał objaw Kochera u osób wystraszonych, natomiast objaw Graefego tylko w chorobie Basedowa. Należy odróżnić wysadzenie gałek mięśniowe od zastoinowego. Po weronalu widział mowca największe ustąpienie objawu Kochera, oraz wytrzeszczu powiekowego. Natomiast objaw Graefego jest następstwem zatrucia.

Kol. radca Chłapowski wspomina, że próbował galwanizacyi przy chorobie Basedowa. Teorya »współczulna« istniała już od 40 lat.

Kol. Franciszek Zakrzewski: Poruszona przez kol. Święcickiego teorya daje wiele do myślenia. Zważywszy przypadki nagłej śmierci po operacyi, gdzie była grasica przetrwała, trzeba być bardzo ostrożnym z wyborem operacyi. Leczenie wewnętrzne jest kwestyą czasu i pieniędzy; kto wie, czy przy zestawieniu porównawczem nie okazałoby się, że wyniki chirurgów nie są wiele lepsze od wyników internistów, jeśli chorzy mogą sobie pozwolić na odpowiednie leczenie.

Kol. Jezierski krytykuje statystykę Küttnera. Kocher bardzo oględnie wybiera przypadki do operacyi. Krew w chorobie Basedowa zawiera wiele ciałek jednojądrzastych; im ich więcej, tem gorsze wyniki. Co do duru, podawanego jako czynnik etyologiczny przez kol. radcę Panieńskiego w wątpliwość, to mowca zna dość obszerną literaturę o tym przedmiocie i sam widział takie przypadki.

Kol. Nowakowski: W ostatnim czasie stosuje się przy operacyi skopomorfinę. Mowca widział wysadzenie gałek przy rozdęciu tętnicy szyjnej, które znikło po podwiązaniu tej tętnicy. Kocher w ostatniej pracy radzi jaknajrychlejsze operowanie, oraz połączenie operacyi z leczeniem wewnętrznem.

Kol. Szuman spostrzegał przy chorobie Basedowa psychozę. Wyleczenia zupełnego nie spostrzegał.

Prof. Kryński: Küttner miał zupełnie niezamożną klientelę szpitalną, a więc wynik leczenia wewnętrznego nie mógł być lepszy, niż podaje jego statystyka. Zupełnie inaczej w praktyce prywatnej. Teorya kol. Święcickiego jest bardzo ważna i oryginalna, jednakowoż nie przemawia mowcy do przekonania, gdyż za mało się opiera na spostrzeżeniach przyrodniczych. Dotychczas znamy 6 gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, a mało wiemy o ich działaniu. Może razem tworzą pewne koło. Przy sekcyach nie widział mowca zmian w nadnerczach. Dwa przypadki Muratowa przedstawiają za szczupły materyał. Dla chirurgów potwierdzenie teoryi kol. Święcickiego byłoby bardzo sympatyczne.

Kol. Święcicki podnosi, że nie miał na myśli zmian patologicznych w znaczeniu ogólnem. Do wykazania nadsprawności pewnego narządu nie potrzeba wcale zmian nadzwyczajnie wpadających w oczy. Trzebaby mierzyć komórki co do ich wielkości w czasie działania.

W końcu Prof. Kryński podnosi wysoki poziom naukowy, który się uwydatnił we wszystkich przemowach.

Adam Karwowski.

Towarzystwo Lekarzy Polskich w Chicago.

Doroczne posiedzenie 30 grudnia 1911.

1) Dr K. Żurawski przedstawił płytę rentgenograficzną stopy, pozwalającą rozróżnić nawet szczegółowo budowę kości.

2) Dr J. Szymański przedstawił: a) Sposób użycia wziernika nosowego Allen-Steffermausa; wziernik ustala się zapomocą powiązania bocznych części tasiemką z tyłu głowy i połączenia rurką gumową dolnych części końców z przodu. Unieruchomienie to ułatwia operacye nosowe, zwłaszcza przy usuwaniu skrzywienia przegrody nosowej. b) Przystosowanie tulejki od zwyczajnej lampki elektrycznej do zwierciadła na głowę, co zmniejsza koszt lampki używanej z opaską do kilkudziesięciu centów. (Lampka Kisleina kosztuje np. w Chicago 18 dolarów, a reostat do niej 6—8—12 dolarów, inne kosztują od 5 dolarów i wyżej). c) Narzędzie do zawiązywania węzłów w jamie ustnej, wykonane w formie przypominającej drewniany rozszerzacz palców do rękawiczek, również swego pomysłu.

3) Dokonano wyborów Zarządu Tow. na rok 1912. Wybrani zostali: Prezesem Dr K. Żurawski, wiceprezesem Dr A. Pietrzykowski, skarbnikiem Dr S. Boguszewski, sekretarzem Dr A. Balcerzak.

4) »Przegląd lekarski« uznano za urzędowy organ Towarzystwa Lekarzy Polskich w Chicago.

Sekretarz: Dr A. Balcerzak

III. Międzynarodowy Zjazd chirurgiczny.

Międzynarodowe Zjazdy chirurgiczne mają dotychczas tę wielką zaletę, że zajmują się zwykle tylko kilku tematami, które przez to wyzyskuje się ściśle i zupełnie. Tematami ostatniego Zjazdu były: Złamania (odpowiednia wystawa), chirurgia płuc, chirurgia jamy brzusznej zwłaszcza trzustki i zapaleń grubej kiszki. Michel (Nancy), Körte (Berlin), Giordano (Wenecya), jako główni referenci, omawiali schorzenia trzustki, zachęcając do wczesnej operacyi. W drugim dniu chirurgię płucną omawiał Garre (Bonn), Gandier (Lille), Girard (Genewa), Lenormant (Paryż), Gibson (Nowy York). Garrè omawiał modne leczenie cierpień płucnych zapomocą odmy piersiowej, Gandier leczenie ropnego zapalenia opłucnej. Zachowawczo postępuje Gaudier u dzieci przy zapaleniu ropnem na tle pneumokoków. Girard mówił o leczeniu przetok opłucnej, Lenormant o ranach płuc, co do leczenia których zdania były podzielone, sam zaś referent był za postępowaniem zachowawczem. O smutnych wynikach dotychczasowych operacyi nowotworów płuc doniósł Gibson. Stockum (Rotterdam) omawiał leczenie ropni i zgorzeli płuc, Sauerbruch leczenie jam oskrzelowych, przyczem doniósł o 2 przypadkach, leczonych ze skutkiem przez podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej. Wielkie zajęcie wzbudził odczyt Friedricha z Marburga o chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc (ref. w Przeglądzie). — Co do leczenia operacyjnego zapalenia okrężnicy, oświadczono się za leczeniem zapomocą appendikostomii na podstawie referatów d'Arcy Powera (Londyn), Gibsona (Nowy York) i Segonda (Paryż). Wystawa połączona ze zjazdem obejmowała różne ciekawe przyrządy do leczenia złamań, np. Dollingera do leczenia ambulatoryjnego, Wullsteina do leczenia złamań uda, Zondecka do transformacyi kostniny i t. p.

Przyszły Zjazd (maj 1914 Nowy York) zajmie się następującymi tematami: 1) Chirurgia żołądka i dwunastnicy. 2) Przeszczepiania narządów. 3) Technika amputacyi, wyłuszczań i protez. 4) Leczenie tężca.

Dr A. Klęsk.

Galicyjskie Wydziały lekarskie i instytucye sanitarne w tegorocznym budżecie austryackim.

Jak we wszystkich działach, tak i w dziale sanitarnym i naukowo-lekarskim budżety państwa austryackiego nie uwzględniają Galicyi ani w tej mierze, jakiej wymagają potrzeby naszego kraju, ani w tej, jakaby odpowiadała wielkości, zaludnieniu i znaczeniu tej prowincyi państwa. Nie mówimy już nawet o potrzebach całego społeczeństwa polskiego, które pod względem dydaktyczno-lekarskim muszą w pewnym stopniu zaspokajać nasze Wydziały lekarskie galicyjskie. Niewątpliwie stosunki te poprawiają się zwolna; jednak mimo ciągłych a usilnych starań ze strony uniwersytetów i władz sanitarnych galicyjskich, mimo energicznego poparcia tych starań przez naczelną władzę kraju, mimo zabiegów naszych reprezentacyi parlamentarnych — wiele braków nie jest jeszcze zaspokojonych, a osiągnięte dotąd, z niemałym nieraz trudem, korzyści, nie postawiły jeszcze Galicyi w budżetach austryackich na tem miejscu, które się jej należy i do którego osiągnięcia musimy zmierzać.

Preliminarze budżetów austryackich w dziale sanitarnym obchodzą z tego powodu nietylko bezpośrednio interesowane koła lekarskie, ale nie mogą też być obojętne dla ogółu lekarzy, który ma zbiorowo współdziałać w pieczy nad zdrowiem ludności, a który jest świadomy, że praca w tym względzie nie może być należycie skuteczna bez odpowiednich środków ze skarbu państwa.

W preliminarzu budżetu państwowego na rok 1912 wydatki zwyczajne na Wydziały lekarskie przedstawiają się, jak następuje:

Wiedeń	2,297.234	K
Kraków	807.828	»
Praga (niem.)	800.547	»
Praga (czes.)	765.543	»
Graz	666.746	»
Lwów	498.913	»
Innsbruck	493.031	»

W tym więc roku dostał się Wydział krakowski nareszcie na miejsce, które odpowiada liczbie słuchaczy. Tem więcej jednak uderza pokrzywdzenie Wydziału lekarskiego lwowskiego, postawionego dopiero na przedostatniem miejscu, zwłaszcza w porównaniu z niemieckim Wydziałem lekarskim w Pradze, który przecież wobec skromniutkiej liczby swych słuchaczy jest anomalią w mieście o olbrzymiej większości czeskiej; cieszy się on jednak szczególnem poparciem, skoro mimo to idzie w wydatkach bezpośrednio po Krakowie.

Zwiększenie się wydatków zwyczajnych w porównaniu z rokiem zeszłym jest oczywiście największe w Wiedniu, potem w Grazu, Krakowie i Innsbrucku, najmniejsze na obu Wydziałach w Pradze i znowu we Lwowie.

Jak nierówno zresztą są traktowane różne Wydziały lekarskie, wynika z następującego zestawienia:

	Profesorowie zwyczajni	nadzwyczajni	Asystenci	Adjunkci, preparatorzy, mechan.
Wiedeń	26	13	98	6
Praga (n.)	16	13	47	3
Praga (c.)	16	14	39	3
Kraków	16	7	41	1
Graz	15	3	37	1
Innsbruck	15	4	35	2
Lwów	15	3	35	—

Dopiero teraz występuje jaskrawo różnica w wyposażeniu uniwersytetów galicyjskich w porównaniu z innymi. Oba Wydziały praskie mają 27 nadzwyczajnych profesorów, oba nasze razem zaledwie 10; personal lwowski nie jest większy od personalu w Innsbrucku! Wśród 16 adjunktów, preparatorów, mechaników jeden jedyny przypada na Galicyę.

Nie lepiej wygląda uposażenie naszych Wydziałów pod względem remuneracyi, wypłacanych profesorom nadzwyczajnym i docentom, na które dla Grazu przeznaczono 7140 K, dla Pragi niem. 6950 K, dla Innsbrucku 6300, dla Pragi czes. 4000 K, dla Krakowa tylko 3600, dla Lwowa tylko 3200 K.

Korzystniej od mniejszych uniwersytetów niemieckich (Graz, Innsbruck) wyposażone są nasze Wydziały tylko co do demonstratorów, ustępując jednak i tutaj obu Wydziałom praskim, gdzie rubryka ta wynosi razem 26540 K, gdy dla obu naszych razem 19200 K.

W wydatkach nadzwyczajnych stoi na pierwszem miejscu tym razem Graz (budowa kliniki położniczej i zakładu anatomopatologicznego), na drugiem niem. Wydział praski, poczem dopiero idzie Kraków, a Lwów znowu na przedostatniem miejscu przed Innsbruckiem.

W budżecie Ministerstwa spraw wewnętrznych w wydatkach na służbę państwową sanitarną, stwierdza się przedewszystkiem nie bez przykrości, że liczba posad lekarzy rządowych w Galicyi nie została zwiększona odpowiednio do potrzeby i jest mniejsza niż w Czechach (bez Moraw). Wprawdzie podobno odczuwać się daje u nas brak kandydatów do służby państwowej, ale w tych warunkach zaradzić złemu mogłoby chyba właśnie polepszenie stosunków awansu przez wydatne pomnożenie posad lepiej płatnych. Tymczasem rzecz przedstawia się tak, że pomimo większego obszaru i znacznie większej ludności Galicya w zakresie posad lekarzy rządowych jest w porównaniu z Czechami i Morawami nietylko co do liczby, ale i co do jakości upośledzona. A przecież w żadnym kraju austryackim nie mają lekarze rządowi takiego »privilegium odiosum«, jak w Galicyi, że stanowiąc przednią straż sanitarną państwa wobec epidemii wkraczających od wschodu, są na tym posterunku dziesiątkowani przez choroby zakaźne (co szósty umiera, co trzeci choruje na dur plamisty). Jeżeli z tego względu nie byłoby już możebne przyznanie lekarzom rządowym w Galicyi jakiegoś osobnego dodatku służbowego, to przynajmniej powinnyby być posady ich systemizowane przeważnie w wyższych, lepiej płatnych rangach. Tymczasem dziś jest stan następujący (już po ogólnej reorganizacyi rządowego personalu sanitarnego w Austryi z poprawą bytu).

Ranga	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	Razem
Czechy	1	1	14	43	43	14	5	121
Morawy	—	1	5	15	16	5	2	44
Razem Czechy i Morawy	1	2	19	58	59	19	7	165
Galicya	1	1	12	36	38	12	5	105

Odpowiednio do tego wynoszą też wydatki na płace lekarzy rządowych w Czechach 449.065 K, na Morawach 165.112 K razem około 630.000, gdy w Galicyi tylko 382 059 K.

Również niewątpliwie upośledzona jest Galicya co do dotacyi dla Kraj. Rady zdrowia. Dotacya ta wynosi w Galicyi 4000 i na różne wydatki 6000, razem 10.000; tymczasem w Czechach samych bez Moraw pozycye te wynoszą 6 i 18, razem 24.000.

Na państwowy zakład surowic w Wiedniu przeznaczono 184.644 K, a na państwowy zakład szczepień przeciwko wodowstrętowi w Wiedniu 10.400 K. W tym zakresie poza Wiedniem nie otrzymuje nic żaden kraj koronny. Niemniej, choćby to miało być »przywilejem« dla Galicyi, ze względu na interes całego państwa powinienby rząd utworzyć i utrzymywać takie zakłady właśnie w Galicyi, jak również zakład badania chorób zakaźnych.

Również gorzej w porównaniu z innymi krajami wyposażony jest krakowski państwowy zakład badania środków spożywczych, gdyż co do płac personalu idzie on dopiero po zakładzie w Grazu i po obu praskich (czeskim i niemieckim), a po nim idzie tylko zakład w Czerniowcach i Innsbrucku. Prawda, że dochód z taks za badania jest w Krakowie mały, ale to chyba nie jest zadaniem zakładu tego rodzaju, aby pokrywał swoje koszta i dotacya jego powinna odpowiadać, bez względu na dochody zakładu, potrzebom kraju, temwięcej, że dotąd niema w Galicyi drugiego zakładu i dopiero teraz słychać, iż ma powstać drugi zakład we Lwowie.

Bardzo dodatnią stroną tegorocznego budżetu jest znaczne zwiększenie kwoty, przeznaczonej na zwalczanie epidemii, która wynosić będzie 1,650.000 K, t. j. o 400.000 więcej. niż w roku zeszłym. Ile z tego przypadnie na Galicyę, oczywiście przewidzieć się nie da.

C.

Nowy Szpital w Warszawie.

»Zakład położniczo - ginekologiczny św. Zofii«, otwarty w Warszawie dn. 21 stycznia 1912, jest szpitalem publicznym, należącym do miasta, przeznaczonym dla ludności ubogiej, zbudowanym zaś z inicyatywy i dzięki zabiegom Dra Zaborowskiego, na którego ręce złożono dar 35.000 rub. Resztę kosztów, około 60.000 rub., poniósł Zarząd miasta.

Plany opracowane zostały przez Dra Zaborowskiego wspólnie z budowniczym H. Gayem. Szpital utrzymywany jest kosztem miasta. Gmach, przeznaczony oficyalnie dla 25—30 chorych, obliczony jest na większą liczbę łóżek. W razie stałego braku miejsc w szpitalach warszawskich i nieuniknionego przepełnienia chore pomieszczane być mogą nawet w kurytarzach i przewidzianych na ten cel halach. Dużych sal unikano zasadniczo, aby nie gromadzić noworodków i nie zakłócać zbytnio spokoju karmiących je położnic. Obejmujący trzy kondygnacye gmach szpitala nie jest podobny do zwykłych koszarowych budowli szpitalnych i przypomina raczej dużą, zdobną w balkony i werandy willę. Strony estetycznej nie pominięto również i we wnętrzu budynku, które starano się traktować staranniej i cieplej, niż zwykłe pomięszczenia szpitalne. Wejście i główne schody wykładane jasną majoliką, kopie płaskorzeźb włoskich na ścianach i symboliczny witraż z matką karmiącą dziecko składają się na całość ujmującą.

Urządzając szpital, starali się jego twórcy według środków, dość zresztą ograniczonych, stosować wszelkie nowsze udoskonalenia znane w tej gałęzi budownictwa. Znaczna część ubikacyi: kuchnie, umywalnie, łazienki, wychodki, pralnie, wyłożone są na 1·5 m majoliką białą, kąty i narożniki sal i kurytarzy okrągłe. Oświetlenie, wentylacya i motory w pralni elektryczne. Ogrzewanie centralne. Sale porodowa, operacyjna i główne wanny ogrzewane niezależnie od reszty gmachu. Szpital rozporządza dalej: windami, podnoszącemi na piętra pożywienie i bieliznę ze składu, telefonami miejscowymi i t. p. Część gospodarczą pomieszczono w suterenach, administracyę, mieszkania i kąpiele położnych, kancelaryę, gabinet lekarzy, salę badania i przyjęcia, pracownię, ciemnię, mały oddział izolacyjny i cztery pokoje płatne na parterze.

Ze szpitalem połączona jest i umieszczona również na parterze szkoła dla położnych, na 48 kandydatek, składająca się ze szatni, umywalni, sali wykładowej i małego muzeum przyborów naukowych pomocniczych, jak fantomy, kolekcya miednic nieprawidłowych, modeli (moulage) chorób wenerycznych kobiecych i t. d. Kurs w szkole, dający wszystkie prawa państwowe, trwa rok jeden.

Najstaranniej urządzono I piętro, będące właściwym szpitalem. Obejmuje ono 7 sal, salę z cieplarką dla dzieci niedonoszonych, kąpiele dla dzieci i ciężarnych, pokój dyżurnych i wreszcie oddział porodowo-operacyjny, stanowiący oddzielną całość. Oddział składa się z dużego jasnego pokoju kąpielowego, dwóch sal porodowych, pokoju, w którym urządzono instalacyę sterylizacyjną, dostarczoną przez firmę Lequeux w Paryżu i wreszcie salę operacyjną. Sterylizacya odbywa się bądź przy pomocy pary dostarczanej przez kocioł Gerlacha ze suteren bądź przy pomocy pary, wytwarzanej na miejscu w generatorze nagrzewanym parą. Gazu używa się w przypadkach nagłych i wymagających pospiechu. Prócz tego przewidziano osobny przyrząd do wyjaławiania wody przekroplonej do hypodermoklizy i rozczynów. Krany wyjaławiane są do samego wylotu przy pomocy pary płynącej i przechodzącej przez specyalne kaptury, zamykające hermetycznie wyloty kranów, otwieranę przy pociśnięciu nogą.

W urządzaniu sali operacyjnej starano się rozwiązać zadanie: możliwego odgraniczenia jej od ruchu panującego przed

zabiegami w umywalniach i zarazem zapewnienia kontroli ze strony operującego, jak przygotowuje się personal pomocniczy do zabiegu. Umywalnie oddzielone są od sali operacyjnej wielką szybą lustrzaną, stanowiącą zamkniętą zupełnie ścianę. O ile wiadomo, pomysł ten nigdzie zastosowany dotąd nie był. Sala ma światło północno-zachodnie, boczne. Sztuczne oświetlenie: 5 półkul matowych w pułapie, rzucających światło o sile 2500 świec. Sala ma ściany lakierowane biało, ogrzewanie rurami, biegnącemi dokoła ściany.

Personal szpitala stanowi: 3 lekarzy, 3 położne i uczennice szkoły.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Polski Komitet dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich doszedł do wniosku, że lekarze polscy nie mogą wziąść udziału w Słowiańskim Zjeździe dla higieny i medycyny społecznej w Petersburgu w maju r. b.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 31. I. posiedzenie, na którem przedstawiali chorych: Prof. Rosner (wycięcie śledziony nieprawidłowo położonej), Dr Z. Wachtel jun. (gynaekomastia i odczyn moczu przy raku), Prof. Jaworski (situs inversus viscerum) i Doc. Latkowski (kardyogramy tegoż przypadku), poczem Prof. Jaworski miał zapowiedziany wykład. Najbliższe posiedzenie (7. II.) odbędzie się w klinice chirurgicznej.

— Ministerstwo oświaty wprowadziło z d. 25. stycznia 1912 r. w życie fachową inspekcyę nauki gimnastyki i urządzeń zdrowotnych dla uczniów w gimnazyach, szkołach realnych i seminaryach nauczycielskich męskich i żeńskich i fachowymi inspektorami dla Galicyi na czas od 1. lutego b. r. do końca lipca 1914 r. ustanowiło we Lwowie Doc. Dr Eugeniusza Piaseckiego i w Krakowie Dr Maryana Tokarskiego, tego ostatniego także dla seminaryum polskiego na Śląsku.

Utworzenie tych inspektoratów niewątpliwie zasługuje na żywe uznanie, jako krok naprzód w kierunku wprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych w państwowych szkołach średnich. W pomyślne skutki działalności inspektoratów w Galicyi można ufać tem więcej, że na stanowiska te powołano dwu lekarzy, krzewiących racyonalny kierunek wychowania fizycznego i znanych chlubnie z działalności na tem polu.

— »Kwartalnik stomatologiczny«, organ Towarzystwa Stomatologów polskich, rozpoczął wychodzić w Krakowie pod redakcyą komitetu, na którego czele stoi prof. Dr Łepkowski, a który składają doc. Bohosiewicz, A. Cieszyński, H. Gelbard, G. Lippel, T. Mischke, A. Perliński, G. Praetzel i E. Schalit. Pierwszy zeszyt oprócz słowa wstępnego od Redakcyi zawiera prace oryginalne Drów Cieszyńskiego, Lippla, Mischkego, Schalita, Praetzla, sprawozdanie Towarzystwa stomatologów polskich z 5 lat działalności, sprawozdanie z Sekcyi stomatologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich, referaty z piśmiennictwa dentystycznego obcego i 3 artykuły w sprawach zawodowych, Drów Mischkego, Gruszczyńskiego i Schalita.

Nowemu pismu, jednoczącemu lekarzy stomatologów ze wszystkich trzech zaborów, składamy serdeczne życzenia pomyślnego rozwoju.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego poszukuję roczników »Berliner klinische Wochenschrift« za lata 1907—1910 włącznie i gotów jest ewentualnie nabyć je za umiarkowaną cenę. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Dr Andrzej Chramiec został wybrany prezesem Rady powiatowej nowotarskiej.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Zygmunt Stanisław Rehan, rodem z Symferopola.

— Zjazd lekarzy okręgowych odbył się we Lwowie pod przewodnictwem Dra Gilnreinera, zastępcy prezesa Związku lekarzy okręgowych. Po wysłuchaniu sprawozdania rocznego, które przedstawił Dr Klęsk, omawiano sprawy zawodowe. W myśl wniosku prezesa Dra Nattera uchwalono wysłać deputacyę do

Sejmu, która ma przypomnieć postulaty lekarzy okręgowych, streszczające się w minimum płacy rocznej 1600, ryczałtu na objazdy w kwocie 800 kor. rocznie i 5 trzechleciach po 200 kor.

Warszawa. Dla uczczenia pamięci Edmunda Biernackiego złożyli koledzy jego i Redakcya »Medycyny i Kroniki lekarskiej« fundusz na nagrodę konkursową za pracę naukową w kwocie 150 rb.

— W Kamieńcu podolskim powstał oddział Ligi przeciwgruźliczej (Med. i Kron. lek. 2.).

— Dr Fr. Neugebauer ofiarował Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu słynny księgozbiór swego ojca, Prof. L. Neugebauera, obejmujący 1700 tomów dzieł od XVI wieku do r. 1880, zawierający liczne »białe kruki«, a oszacowany nominalnie na 15 tysięcy rubli.

Z różnych stron. »Association des médecins de langue française«, zawiązana w jesieni r. z. w Lyonie, jest stowarzyszeniem naukowem, mającem wszelkie warunki do rozwoju jako towarzystwo międzynarodowe, tylko z językiem urzędowym wyłącznie francuskim. Ustawa Towarzystwa dozwala bowiem przyjmować członków wszelkich narodowości i istotnie oprócz Francuzów (z samej Francyi i z kolonii francuskich) należy już obecnie do Towarzystwa szereg wybitnych uczonych włoskich, niemieckich, szwedzkich, norweskich, duńskich i t. d. Członkowie Towarzystwa (opłacający 20 fr. rocznie), mają prawo do bezpłatnego udziału we francuskich Zjazdach dla medycyny wewnętrznej i do ich wydawnictw. Zapisywać się można u sekretarza Towarzystwa Prof. Bard'a (Genève, 44 Bould. des Tranchées) lub u Doc. Dr Wł. Janowskiego (Jerozolimska 74, Warszawa), który chętnie udziela wszelkich wyjaśnień.

— Towarzystwo lekarzy chorwackich (Zbor liječnika krlj. Hrvatske i Slavonije u Zagrebu) liczyło w roku 1911 członków honorowych 27 (wśród nich Prof. Rydygiera i Wicherkiewicza), korespondentów 6, zwyczajnych 420. Prezesem Towarzystwa był Dr Ivan Kosirnik. Organ Towarzystwa, miesięcznik »Liječnički Vijestnik« wychodzi od 33 lat; od Nowego Roku 1912 w formacie zwiększonym. Redaktorem jest Dr R. Stanković, zarazem I. sekretarz Towarzystwa lekarskiego.

— Dr L. Rajchman, warszawianin, wychowaniec i b. asystent wszechnicy krakowskiej, objął wraz z R. Smithem i A. Distaso współredaktorstwo pisma »The Journal of State Medicine«, organu »The Royal Institute of public health« w Londynie.

— Berlińska Deputacya szkolna zezwoliła komitetowi międzynarodowego Zjazdu laryngologicznego badać dzieci szkół ludowych co do ozeny w czasie nie przeszkadzającym nauce i za zezwoleniem rodziców. Klęsk.

Mianowani: profesorami higienista doc. Rosenthal w Göttingen, farmakolog doc. Kochmann w Gryfii.

Zmarli: znany urolog Prof. Albarran w Paryżu;

Dr Alojzy Podolski, b. ordynator szpitala w Sterdyni, lekarz powiatu węgrowskiego, w 65 r. ż. w Warszawie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, naklad J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 1. Cena 2·25 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Pierwszy zeszyt pożytecznego tego wydawnictwa, redagowanego przez Dra D. Sarasona, poświęcono i w tym roku, jak w latach poprzednich, ogólnej biologii i patologii, pomieszczając w nim dwie rozprawy: Prof. J. Müllera z zakresu chemii narządów i Prof. Lubarscha: »Znaczenie ogólno-patologiczne gruczołu tarczowego i przysadki mózgowej«. Szczególnie rozprawa Prof. Lubarscha, zajmująca się sprawą bardzo ważną i będącą na dobie, a napisana jasno i przystępnie, może obudzić zajęcie szerokich kół czytelników. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we **środę 7. lutego 1912 r. w klinice chirurgicznej.** Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładem Prof. Jaworskiego. 2) Przedstawienie chorych z kliniki chirurgicznej. 3) Prof. Kader: Nowe sposoby znieczulania ogólnego.

Prezydyum Towarzystwa uprasza o liczny udział w posiedzeniach.